

ZUM PSYCHOANALYTISCHEN VERSTÄNDNIS FRÜH ENTSTANDENER STÖRUNGEN

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Marie-Jeanne Forster
von Basel

Angenommen auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. D. von Usler

Zürich 1987

ADAG Administration & Druck AG

ZUM PSYCHOANALYTISCHEN VERSTÄNDNIS FRÜH ENTSTANDENER STÖRUNGEN

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Marie-Jeanne Forster
von Basel

Angenommen auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. D. von Uslar

Zürich 1987

ADAG Administration & Druck AG



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
Einleitung	9
I Zur Theorie von Uebertragung und Gegenübertragung	14
1 Freud und die Gegenübertragung	18
2 Die Gegenübertragung nach Freud	21
3 Allgemeine Aspekte der Gegenübertragung	28
3.1 Die Objekt- und die Subjektdimension in der Gegenübertragung	33
3.2 Störungen in der Gegenübertragung	44
II Zur Psychodynamik der frühen Störung	48
1 Zum Begriff des Narzissmus	57
2 Ich und Selbst	63
3 Der primäre Zustand	65
4 Allgemeine Aspekte der frühen Störung	71
5 Die narzisstischen Modi der Abwehr	75
6 Die psychoanalytische Situation	89
6.1 Die Regression	96
6.2 Die "bewahrende Umwelt" der psychoanalytischen Situation	101
6.3 Die Behandlung der Grenzfälle	105
6.4 Die Bedeutung des Traumes in der frühen Störung	107
6.5 Der Weg aus der Dyade heraus	120
Schluss	122
Literaturverzeichnis	123
Lebenslauf	127

Vorwort

Ich danke Herrn Professor D.v.Uslar auch an dieser Stelle herzlich für die gute Zusammenarbeit.

Meinen Kollegen Herrn Dr. R. Reinhardt Büchi und Herrn Dr. W. Knapp danke ich für die Durchsicht des Manuskriptes.

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat die Psychoanalyse zunehmend neues Terrain betreten. In Theorie und Praxis haben die "Störungen des Selbst" immer mehr an Bedeutung gewonnen. Deren Verständnis- und Behandlungsschwerpunkte bewegen sich jenseits eines konflikt- haft erlebten Triebgeschehens und liegen dort, wo es um die Kohärenz, die Integrität und die Identität des Selbst und seiner Beziehung zur Welt geht.

Die Bezeichnungen, welche diese als "schwer therapierbar" geltenden Erkrankungen im Laufe der Zeit erhielten, sind bekannt: oft werden sie als "narzisstische Persönlichkeitsstörungen" (Kohut), als "Als-Ob-Persönlichkeiten" (H. Deutsch), als "Grundstörungen" (Balint), als "false personalities" (Winnicott), als "Grenzfälle" (Kernberg) oder als sogenannte "strukturelle Störungen des Ichs" (Ich-Defekte) bezeichnet. Ihre Gemeinsamkeit besteht darin, dass ihre Genese in den frühesten Entwicklungsstadien des Menschen gesehen wird, obschon die traumatisierenden Erfahrungen in der präverbalen Entwicklungszeit sehr unterschiedlich sein können, wie auch die später in Erscheinung tretenden Krankheitsbilder. Letztere werden durch die spezifischen "Schutzmassnahmen" (narzisstische Abwehrmodi), die gegen "primitive" (weil frühe) Ängste und emotionale Spannungszustände unterschiedlich eingesetzt werden, bestimmt.

Mit der Beschäftigung mit diesen Leiden hat die Psychoanalyse den frühesten Entwicklungsstadien des Menschen ein vorher nie dagewesenes Interesse zukommen lassen. Die Bedeutung einer "hinreichend guten Bemutterung" (Winnicott), eines geglückten "Mutter-Kind-Dialogs" (Spitz), das erfolgreiche Durchlaufen wichtiger Entwicklungsschritte wie Symbiose, Individuation und Separation (Mahler), die Erfahrung der "primären Liebe" (Balint)

etc. und deren Einfluss auf die Ich-Entwicklung und die Konstitution des Selbst sind heute unbestritten.

Patienten mit frühen Traumata fehlt ein sicheres Gefühl ihres Körperbildes und ihres Selbst. Mannigfaltige Ängste, Vernichtungs-, Verfolgungs- und Verlassenheitsängste, nicht allein zu bewältigende psychische Erregungszustände, Angst- und Panikzustände, Gefühle der Leere, ein stets drohender Verlust der Selbstachtung - um nur einige der Schwierigkeiten zu erwähnen - zeugen vom Mangel eines verinnerlichten "guten Objektes", das normalerweise dazu dient, Angst und seelischen Schmerz abzubauen. Ihre Symptome (wie z. B. Sucht, Perversion, Depression, Suizidimpulse, soziale Isolation, psychosomatische Erkrankungen etc.) stellen Selbstheilungsversuche dar, um die Lücke im Selbsterleben (Morgenthau) und die Kohärenz des Selbst zu sichern.

Die Auseinandersetzung mit einer veränderten klinischen Erfahrungswelt hat nicht nur zu neuen Grundkonzepten - so auch von Übertragung und Gegenübertragung - geführt, sondern ebenfalls zu einem veränderten Verständnis der analytischen Beziehung und des "therapeutischen Milieus".

Die Anerkennung des Subjektes und der Intersubjektivität in der analytischen Situation geht mit der Bedeutung einher, welche die "Objektbeziehungstheorien" gewonnen haben. Die unbewussten Bedeutungen der "Objektbeziehungen" erschliessen sich erst durch eine interpersonale Betrachtungsweise. Bei interpersonalen Prozessen spielen die Affekte eine hervorragende Rolle. Daher stehen die Probleme der Intersubjektivität - von Übertragung und Gegenübertragung - besonders zur Diskussion.

Der analytische Prozess vollzieht sich im Dialog, in der Zwei-Personen-Beziehung. Als Teilhaber und Beobachter der Beziehung zu seinem Patienten wird der Analytiker versuchen, nicht in erster Linie den Patienten zu analysieren, sondern die Beziehung, die dieser zu ihm herstellt. Aus der Erfahrung, die er mit dem

Patienten in der therapeutischen Kommunikation macht, wird er sukzessiv - und leider bisweilen nur bruchstückhaft - die oft nicht verbalisierbaren (weil in die präverbale Entwicklungsgeschichte zurückgehenden) Erlebnisweisen entschlüsseln und ihnen einen neuen, bisher nie existierenden Sinn verleihen. Dabei bedarf es der lebendigen, emotionalen Bestätigung des Therapeuten, denn die Erfahrung der eigenen Subjektivität kann nur im Miteinander zustande kommen; erst durch die Spiegelung durch einen anderen, d. h. durch die Objektivierung der eigenen Subjektivität, kann es zum Erleben der "subjektiven Subjektivität" (Loch) kommen. Das emotionale Engagement des Analytikers, seine affektive Berührungsfähigkeit, sein Interesse daran, über eine zwar begrenzte, jedoch enge und tiefe Beziehung Zugang zu seinem Patienten zu erlangen, versetzen ihn in die Lage, dem Nichtsymbolisierten, sprachlich Nichtmittelbaren, Sinn und Bedeutung zu verleihen. Der psychoanalytische Prozess hat hier eine konstituierende Funktion. Durch die nachträgliche Symbolisierung werden dem Patienten neue Dimensionen seines Selbsterlebens eröffnet und ihm zu einem erweiterten Selbstverständnis und einer neuen Integration verholffen.

Die Behandlung der Patienten mit "Frühstörungen" stellt in mancherlei Hinsicht besonders hohe Anforderungen an den Therapeuten. Das Arbeitsfeld bewegt sich zwischen zwei extremen Uebertragungsformen: auf der einen Seite ein Nichtwahrnehmen des Analytikers - er ist als "Objekt" überhaupt ausgeschlossen - auf der anderen Seite eine fast suchtartige Abhängigkeit vom Analytiker in der Regression, mit allen Varianten des Uebergangs. Der Analytiker wird in seiner Gegenübertragung in diesen Prozess involviert. In der Behandlung "frühgestörter" Patienten erhält die Gegenübertragung ihre umfassendste Bedeutung. Sie ist hier oft die einzig zum Erfolg führende "hermeneutische Erkenntnis-methode", da sie den Analytiker "fühlen" lässt, wozu der Patient vielfach selbst nicht in der Lage ist. Der Analytiker wird

dadurch, dass er die Selbstanteile, die der Patient in ihn verlegt, aufnimmt, mitfühlt und aushält, deren Sinn erkennen und dem Patienten zu einer neuen Integration verhelfen.

Da die Handhabung der Gegenübertragung Dreh- und Angelpunkt in der psychoanalytischen Behandlung der "frühen Störung" ist, habe ich ihr an vorrangiger Stelle besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Zu diesem Zwecke verfolge ich im ersten Teil meiner Arbeit die Entwicklung vom klassischen Gegenübertragungsmodell bis hin zur erweiterten Gegenübertragnungskonzeption, wie sie in den letzten dreissig Jahren in der psychoanalytischen Theorie beschrieben und für Diagnose, Indikation und Technik nutzbar gemacht worden ist. Ich versuche, der spezifischen Art dieser Wahrnehmung nachzugehen, wobei ich von einem Wissenschaftsverständnis ausgehe, das die Psychoanalyse als tiefenhermeneutische Erkenntnismethode und Wissenschaft versteht.

Im zweiten Teil der Arbeit befasse ich mich ausdrücklich nicht mit den verschiedenen kontroversen Theorien über den Narzissmus und den damit einhergehenden unterschiedlichen Behandlungskonzeptionen, sondern beschränke mich auf einige mir wichtig erscheinende Aspekte der Psychodynamik der frühen Störung. Da es der Analytiker zunächst immer mit der Uebertragung von Abwehr zu tun hat, beschreibe ich die für die frühe Störung charakteristischen Abwehrformen und bringe sie in Zusammenhang mit den besonders gearteten Schwierigkeiten in der psychoanalytischen Beziehungssituation. Ferner werde ich - ausgehend von einem hermeneutischen Traumverständnis - der Bedeutung des manifesten Traumes in der Behandlung "frühgestörter" Patienten in einem eigenen Kapitel nachgehen. Da ich einzelne Aspekte der "frühen Störung" nur im Ansatz verfolge, erhebt die Arbeit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Die besonderen Schwierigkeiten in der Behandlung der "Frühstörungen" hat viel zu oft dazu geführt, gerade diejenigen Patienten,

die eine Behandlung dringend benötigten, für nicht behandelbar zu erklären. Viel entscheidender aber als die Frage, ob sich ein Patient für die analytische Therapiemethode eignet oder nicht, scheint mir der Umstand zu sein, ob ein bestimmter Analytiker zu einem bestimmten Patienten eine persönliche emotionale Beziehung herstellen kann, die ihm erlaubt, einen Prozess in Gang zu setzen, diesen Prozess aufrechtzuerhalten und von Blockierungen zu befreien. Das wird nur dann der Fall sein, wenn der Therapeut der hier besonders schwierigen Aufgabe gewachsen ist, seine Gegenübertragung immer wieder auf's neue zu handhaben, wie es Freud in dem berühmten Satz in einem Brief an Binswanger formulierte, der auch heute noch seine Gültigkeit hat: "Man muss also seine Gegenübertragung jedes Mal erkennen und überwinden, dann erst ist man frei." (1)

(1) Binswanger, L.: Erinnerungen an Freud, S. 65

I Zur Theorie von Uebertragung und Gegenübertragung

Die Psychoanalyse ist eine bestimmte Verstehensmethode. Als Methode des Zugangs zum Unbewussten geht es ihr darum, Einsicht in Affekte, Vorstellungen, Phantasien etc. zu gewinnen und sie in einen genetischen Zusammenhang zu stellen. Es ginge dabei, so meint W. Loch (1), nicht "um die Suche nach einer absoluten Wahrheit im Sinne einer Uebereinstimmung mit Fakten, sondern um eine Wahrheit von Sinnzusammenhängen. Wahrheit verstanden als im psychoanalytischen Dialog intersubjektiv anerkannte Realität, ist identisch mit Sinn."

Die Wahrheitskriterien der Psychoanalyse sind diejenigen, die für hermeneutische Aussagen überhaupt gelten. Regeln zur hermeneutischen Grundeinstellung finden sich nach Argelander (2) in vielen Schriften Freuds von 1904-1926.

Das Verstehen wurde schon lange, bevor es die Psychologie gab, in anderen Wissenschaften unter dem Namen "Hermeneutik" gepflegt. Psychoanalytisches Verstehen lässt sich zwar vom allgemeinen Verstehensbegriff, so wie ihn Dilthey, Jaspers und auch Spranger beschrieben haben, ableiten, erschöpft sich aber nicht darin (3). Die Wahrnehmung des Unbewussten ist nicht auf unmittelbar empathischem Wege zugänglich, sondern zeichnet sich durch eine spezifisch geartete Form der Empathie, eine "betont hermeneutische Einstellung" aus (4). Argelander sieht die hermeneutische Aufgabe in der Psychoanalyse als einen immanenten Bestandteil des empathischen Verstehens, möchte sie aber als gesondertes

(1) Loch, W.: Psychoanalyse und Wahrheit, S. 869

(2) Argelander, H.: Die kognitive Organisation psychischen Geschehens, S. 139

(3) Schmid, H.: Das psychologische Verstehen und seine Grundformen

(4) Argelander, H.: Ueber psychoanalytische Kompetenz

Prinzip herausstellen, um den Verstehensschritt vom "umgangssprachlich formulierten Text zum verborgenen unbewussten Sinnzusammenhang" besser markieren zu können. Paul Ricoeur meint sogar, dass das Unbewusste sich erst in der analytischen Beziehung konstituiere, dass es in Relation zur hermeneutischen Aufdeckung stehe. Zur zentralen These Ricoeurs schreibt W. Schelling in seiner Arbeit über psychologische Hermeneutik:

"Er (Ricoeur, Anm. des Verfassers) zeigt in diesem Essay, dass sich das Unbewusste mittels der Gesamtheit der hermeneutischen Regeln und Verfahrensweisen konstituiert, die zu seiner Entzifferung dienen. Das Unbewusste ist relativ zu den Methoden seiner Entschlüsselung. Diese These darf aber nicht "psychologistisch" verstanden werden, das Unbewusste sei lediglich eine "Projektion" des psychoanalytischen Hermeneutikers. Vielmehr wird "die Realität" des Unbewussten erkenntnistheoretisch und transzendental in der Hermeneutik und durch sie konstituiert." (1)

Nach dieser kurzen Einführung soll für mich jene zentrale Frage leitend sein, die seit den Arbeiten von P. Heimann (2) immer stärker in den Vordergrund der psychoanalytischen Betrachtungsweise geraten ist: welche Bedeutung hat die Gegenübertragung in der Psychoanalyse? Freud war der Auffassung, dass das Unbewusste des Analytikers das Unbewusste des Patienten direkt wahrnehmen könne, vorausgesetzt, dass dieser Prozess nicht gestört wird. In der Diskussion über die Gegenübertragung tritt das emotionale Erleben des Analytikers in den Vordergrund. Bevor ich zur genaueren Begriffsbestimmung der Gegenübertragung komme, möchte ich sie nach P. Heimann vorläufig als die gesamte bewusste oder unbewusste emotionale Antwort des Analytikers auf seinen Patienten definieren. Die Grundannahme P. Heimanns besagt:

(1) Schelling, W.: Sprache, Bedeutung und Wunsch, S. 92

(2) Heimann, P.: Bemerkungen zur Gegenübertragung

"Das Unbewusste des Analytikers versteht das des Patienten. Dieser Rapport in der tiefen Schicht kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Analytiker als Reaktion auf den Patienten, als seine "Gegenübertragung" bemerkt." (1)

Die Gegenübertragung wurde zunächst als störender Faktor gesehen, entwickelte sich dann aber immer mehr zu einem wichtigen Instrument psychoanalytischer Erkenntnis. Damit hat auch das Interesse an den psychodynamischen Vorgängen in der psychoanalytischen Situation selbst zugenommen. Mit der Gegenübertragung wird der Analytiker selbst Teilhabender im analytischen Geschehen. Diese Form der Wahrnehmung innerer emotionaler Prozesse hält sich methodisch an die hermeneutischen Grundregeln. Das hermeneutische Prinzip besteht darin, analog der freien Assoziation des Analysanden, Phantasien, Erinnerungen, Assoziationen, Emotionen etc. zuzulassen, ohne dabei zielgerichtet oder "objektiv" ein bestimmtes Phänomen zu betrachten. Nur die "gleichschwebende Aufmerksamkeit" für die eigenen inneren Prozesse verschafft dem Analytiker Zugang zu unbewussten Sinnzusammenhängen.

Die Deutung ist sozusagen die Resultante der oben beschriebenen Wahrnehmungsvorgänge - Übertragung und Gegenübertragung sowie theoretische Überlegungen fließen in sie ein - und gleichzeitig Mittel zum Zweck, um neue Sinnzusammenhänge zu erschliessen.

Auch hier gibt es nicht die richtige, "objektive" Deutung an sich, sondern nur die Deutung des betreffenden Analytikers in der spezifischen Situation mit dem Analysanden in einem bestimmten Moment des psychoanalytischen Prozesses. Leo Stone (2) hat betont, wie die eigene psychische Aktivität des Analytikers in all seine Deutungen miteinfließt. Subjektivität wird nicht als Störvariable gesehen, sondern bewusst in den Deutungsprozess einbezogen und essentiell zu ihm gehörig verstanden. In diesem

(1) Heimann, P.: zitiert bei Sandler, J.: Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme, S. 298

(2) Stone, L.: Die psychoanalytische Situation

Zusammenhang weise ich besonders auf die Arbeiten von W. Schelling hin.(1)

Während man in naturwissenschaftlichen Methoden von der notwendigen und hinreichenden Ursache spricht, geht man in der Psychoanalyse immer von der Tatsache der "Ueberdeterminierung" aus. Das Spezifische der psychoanalytischen Deutungskunst besteht gerade darin, dass sie nach vielen Seiten hin offen ist - das zeigt der Einbezug der Gegenübertragung -, dass sie sich durch einen ständigen Wechsel der Perspektiven auszeichnet. R. Waelder meint dazu:

"...die Ueberdeterminierung ist gleichsam nach der Unendlichkeit hin offen, es gibt kein Prinzip der psychoanalytischen Hermeneutik, das irgendeine Richtlinie angeben könnte, wie weit die Ueberdeterminierung geht und wann sie als erschöpft betrachtet werden kann." (2)

(1) Schelling, W.: Lebensgeschichte und Dialog in der Psychotherapie

(2) Waelder, R.: Das Prinzip der mehrfachen Funktion; Bemerkungen zur Ueberdeterminierung, S. 290/291

1 Freud und die Gegenübertragung

Bereits 1895 spricht Freud von einer allgemeinen emotionalen Beteiligung des Analytikers in der Beziehung zu seinen Patienten, ohne aber den Begriff der Gegenübertragung einzuführen.

"Ich könnte mir nicht vorstellen, dass ich es zustande brächte, mich in den psychischen Mechanismus einer Hysterie bei einer Person zu vertiefen, die mir gemein und widerwärtig vorkäme, die nicht bei näherer Bekanntschaft in der Lage wäre, menschliche Sympathie zu erwecken..." (1)

Den Begriff der Gegenübertragung erwähnt Freud 1910 zum ersten Mal. Er entdeckte, dass die Arbeit des Analytikers, in Analogie zur Uebertragung des Patienten bzw. zum Uebertragungswiderstand, durch ein ähnliches Phänomen gestört wird, dass also im Analytiker Impulse und Empfindungen aufkommen, die nichts mit seiner Aufgabe zu tun haben, Einblick in das Unbewusste des Patienten und seine Widerstände zu bekommen.

"Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse" ... "jeder Psychoanalytiker kommt nur so weit, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten." (2)

Aus diesem Zitat wird klar, dass Freud die Gegenübertragung als störenden Faktor im analytischen Prozess ansieht. Die Empfehlungen, die Freud in der Folge als Schutz vor der Gefahr einer solchen störenden Einwirkung angibt, sind bekannt: die

(1) Freud, S.: Zur Psychotherapie der Hysterie, G.W. I, S. 264

(2) Freud, S.: Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, G.W.VIII, 1910, S.108

sogenannte "Chirurgenhaltung", die "Abstinenz" des Analytikers, später (1912) die Forderung nach der Lehranalyse, und schliesslich die nie endende Selbstanalyse. Das Zitat aus dem Jahre 1912 beinhaltet implizit die Auffassung, dass das Unbewusste des Analytikers sozusagen purifiziert von störenden Konfliktanteilen sein müsste, um sich dem Unbewussten des Patienten gegenüber eine ungetrübte Optik verschaffen zu können.

"Er darf in sich keine Widerstände dulden, welche das von seinem Unbewussten Erkannte von seinem Bewusstsein abhalten..." (1)

Dabei ging es Freud nicht darum, das emotionale Engagement des Analytikers seinem Patienten gegenüber niederzuhalten, sondern vielmehr darum, die Aeusserung unkontrollierter Gefühlsreaktionen zu vermeiden. J. Cremerius (2) hat in seinen Nachforschungen aufgezeigt, dass Freud eine ganz persönliche und herzliche Art des Umgangs mit seinen Analysanden pflegte. Nach Freud geht es nicht darum, die Chirurgenhaltung im Sinne einer affektiven Barriere zu praktizieren.

In seiner späteren Arbeit "Die endliche und die unendliche Analyse" stellt Freud aus der Erkenntnis, dass durch die Beschäftigung mit dem Verdrängten des Patienten Triebansprüche des Analytikers wachgerufen werden, die Forderung, die eigene Lehranalyse alle fünf Jahre zu wiederholen (3). Freud sieht also die Gegenübertragung, wenn auch als störenden, so doch auch als immanenten Bestandteil der täglichen analytischen Arbeit an.

(1) Freud, S.: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, G.W.VIII, S. 382

(2) Cremerius, J.: Vortrag; gehalten bei der Schweiz. Gesellschaft für Psychoanalyse, Zürich, 1977

(3) Freud, S.: Zur Einleitung der Behandlung, G.W. XIII

Es hat schliesslich vierzig Jahre gedauert, bis das Thema der Gegenübertragung das Interesse der Analytiker wecken konnte und in der psychoanalytischen Literatur auf breiter Basis diskutiert wurde.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit von Nerenz (1), die ich hier nur kurz erwähnen kann, geht der Autor davon aus, dass der Gegenübertragungsbegriff Freuds Konzepte umfasst, die der weitverbreiteten Annahme widersprechen, Freud habe in der Gegenübertragung nur eine Störung der psychoanalytischen Behandlung gesehen und mit der Bewältigung eigentlich ihre Beseitigung gemeint. Eine ganzheitliche, bzw. erweiterte Gegenübertragungskonzeption liesse sich implizit bereits dort erkennen, wo Freud 1912 in "Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung" (2) den spezifischen Modus des psychoanalytischen Zuhörens und Verstehens beschreibt. Dort erörtert er die Arbeitsweise des Psychoanalytikers, der "dem gebenden Unbewussten des Kranken sein eigenes Unbewusstes als empfangendes Organ zuwenden" solle. (2)

(1) Nerenz, K.: Zur Theorie der Gegenübertragung bei Freud

(2) Freud, S.: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, G.W. VIII, S. 381

2 Die Gegenübertragung nach Freud

Die erste entscheidende Wende in der Konzeptualisierung der Gegenübertragung nach Freud ergab sich aufgrund von Arbeiten von Paula Heimann (1), welche zum ersten Mal in der Geschichte der Psychoanalyse die positive Seite der Gegenübertragung explizit aufgriff. Die Gegenübertragung wird von Heimann nicht mehr nur als Hindernis, sondern als begrüßenswerter und integraler Bestandteil der analytischen Beziehung und als Schlüssel zum Verständnis der unbewussten Vorgänge beim Patienten gesehen. Die Gegenübertragung wird hier sogar als eigentliche schöpferische Leistung des Patienten und des Analytikers verstanden, und sie ist deshalb zu einem der wichtigsten Wahrnehmungsinstrumente in der psychoanalytischen Behandlung geworden.

In der Gegenübertragung nimmt der Analytiker die unterschiedlichsten verbalen und nichtverbalen Mitteilungen seines Patienten gefühlsmässig auf, er wird zum "Resonanzkörper" (Racker (2)). Gleichzeitig braucht er seinen Verstand, um das Erlebte bewusst zu machen. Es bedarf eines ständigen Oszillierens zwischen emotionalem, intuitivem Erleben und kritischer Distanzierung. Dem Therapeuten obliegt nach Racker die Aufgabe, sein Ich in ein erlebendes, irrationales und ein beobachtendes, rationales Ich aufzuteilen, und nach Heimann sollte er imstande sein, "die in ihm geweckten Gefühle festzuhalten, statt (wie der Patient, Anm. d. V.) abzuführen und sie der analytischen Aufgabe einzuordnen, in der er als das Spiegelbild des Patienten funktioniert." (3)

(1) Heimann, P.: On countertransference, 1950

(2) Racker, H.: Uebertragung und Gegenübertragung

(3) Heimann, P.: Bemerkungen zur Gegenübertragung, S. 18

Damit wird der Analytiker auch der Abstinenzregel voll gerecht. Hat er aber Angst- oder Schuldgefühle wegen seinen Empfindungen dem Patienten gegenüber und versucht er sogar, diese zu vermeiden bzw. abzuwehren, so wird seine Arbeitsweise unpersönlich und mechanistisch, und die Optik für innerpsychische Vorgänge beim Patienten und bei sich selbst kann weitgehend gestört werden.

Beim Versuch einer genaueren Definition des Begriffes Gegenübertragung stösst man auf etliche Schwierigkeiten. Wie so viele andere analytische Begriffe zeichnet sich auch dieser durch eine in der Sache liegende Komplexität aus. Vor allem aber hat die Erweiterung des Gegenübertragungsbegriffs nach Freud zu zahlreichen, unterschiedlichen Definitionen geführt. Es ist nicht meine Absicht, hierüber einen systematischen Ueberblick zu geben. Ich verweise deshalb auf einige brauchbare Uebersichten, wie sie bei Sandler, Dare und Holder (1), bei Moeller (2) und bei Racker (3) anzutreffen sind. Sie alle vertreten den ganzheitlichen Gegenübertragungsbegriff.

Aus der Fülle unterschiedlicher Begriffsbestimmungen lassen sich nach Moeller und Kernberg (4) zwei Hauptrichtungen herauschälen:

A. Die erste Auffassung wird die "klassische" genannt. Ihr Konzept von Gegenübertragung wird als die unbewusste Reaktion des Analytikers auf die Uebertragung des Patienten definiert. In dieser Auffassung wird der Ursprung der Gegenübertragung hauptsächlich in neurotischen Konflikten des Analytikers gesehen. Diese Position hält sich eng an die von Freud (1910) (5) eingeführte Verwendung des Terminus und an seine Empfehlung, der Analytiker müsse seine Gegenübertragung überwinden.

(1) Sandler, J., Dare, C., Holder, A.: Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, S. 63

(2) Moeller, L.: Zur Theorie der Gegenübertragung

(3) Racker, H.: a.a.O.

(4) Kernberg, O.: Borderline - Störungen und pathologischer Narzissmus

(5) Freud, S.: Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, G.W.VIII

B. Die zweite, erweiterte, als "ganzheitlich" oder totalistisch bezeichnete Auffassung umfasst die gesamte emotionale Antwort des Psychoanalytikers auf den Patienten in der Behandlungssituation. Die bewussten und unbewussten Reaktionen des Analytikers beziehen sich nach Meinung der Vertreter dieser Richtung sowohl auf die Realität des Patienten als auch auf dessen Übertragung und umfassen sowohl die realitätsgerechten wie auch die neurotischen Bedürfnisse des Analytikers. Die Vertreter dieser Richtung befürworten eine aktive technische Nutzung der Gegenübertragung.

Diese zweite, erweiterte Auffassung hat den Nachteil der Unschärfe, trägt aber der Tatsache Rechnung, dass die verschiedenen emotionalen Reaktionen des Analytikers auf seinen Patienten ohnehin miteinander verwoben sind, und nicht unmittelbar klar getrennt voneinander wahrgenommen werden können. Eine solche Aussonderung von Perspektiven, wie es Moeller (1) tut, indem er den Gegenübertragungsbegriff neu als die nicht verzerrte, also angemessene, sozusagen ideale Entgegnung des Arztes auf den Patienten eingrenzt und jegliche neurotischen, bzw. restneurotischen Anteile ausschliesst, lässt sich allenfalls auf einer rein theoretischen Ebene vollziehen. Auch die neurotischen Reaktionen, vorausgesetzt, sie stehen unter Kontrolle des Bewusstseins, können für die Erfassung der Beziehungsmuster im analytischen Dialog hilfreiche Signale sein. Schliesslich ist nur der Analytiker selbst in der Lage, aus seiner ganzen Subjektivität und seinem emotionalen Engagement, sich über die verschiedensten Anteile seiner Gefühle Klarheit zu verschaffen. Viel entscheidender als die Frage, ob es sich um angemessene oder neurotische Reaktionen des Analytikers handelt, ist, ob der Analytiker seine Gegenübertragung wahrnimmt, was voraussetzt, dass er selbst genügend

(1) Moeller, L.: a.a.O.

analysiert worden war, seine Ängste bewältigen kann und seine Gegenübertragung für das Verständnis des Patienten im psychoanalytischen Dialog nutzt.

Ich beziehe mich im folgenden hauptsächlich auf die zweite Auffassung. Eine ganzheitliche Auffassung der Gegenübertragung wird eher den Grundsätzen einer psychoanalytischen Hermeneutik gerecht, welche die analytische Beziehung als Dialog und als Interaktionsprozess versteht, in dem Vergangenheit und Gegenwart beider Partner, Therapeut und Patient, und deren Reaktionen darauf zusammenfließen und eine emotionale Konstellation ergeben, die beide erfasst.

Ein uneingeschränkter Einsatz der Gegenübertragung im therapeutischen Prozess wird ganz besonders von denjenigen Autoren dringend empfohlen, welche sich mit der Behandlung von schwer regredierten, narzisstischen oder psychotischen Patienten befassen (vergl. Kernberg (1), Winnicott (2) etc.).

Nach Kernberg könnte man ein ganzes Spektrum von Gegenübertragungsreaktionen beschreiben, das von den Gegenübertragungsformen bei Symptomneurosen bis hin zur Gegenübertragung bei Psychotikern reicht. Je mehr man sich vom "neurotischen Pol" entfernt und sich dem "psychotischen Pol" nähert, umso eher treten die Gegenübertragungsanteile, die aus der Vergangenheit des Therapeuten herrühren, in den Hintergrund und diejenigen, die aus der Übertragung des Patienten stammen, gewinnen die Oberhand. Der Patient mit einer "Frühstörung" (vergl. II, 4) stellt im Gegensatz zum neurotischen Patienten den Analytiker häufig schon zu Beginn der Behandlung auf eine harte Probe, die nach Kernberg mehr mit der allgemeinen Fähigkeit des Therapeuten, psychischen Stress auszuhalten zu tun hat, als mit speziellen Problemen aus seiner Vorgeschichte.

(1) Kernberg, O.: a.a.O.

(2) Winnicott, D.W.: Bruchstück einer Psychoanalyse

Während heftige Gefühlsreaktionen des Therapeuten bei der Behandlung neurotischer Patienten eher auf neurotische Anteile des Analytikers hinweisen, sind sie bei schwer regredierten Patienten Reaktionen auf die intensive Uebertragung und gehören sozusagen zur alltäglichen therapeutischen Arbeit. Kernberg schreibt dazu:

"Je frühzeitiger und heftiger die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten ausfällt, je mehr sie die Wahrung seiner Neutralität bedroht und je fluktuierender, sprunghafter, chaotischer sie wird, desto eher wird der Therapeut annehmen können, dass er es mit einem schwer regredierten Patienten zu tun hat. Am andern Ende unseres Spektrums steht die Arbeit mit Patienten, die unter Symptomen neurosen oder nicht allzu schweren Charakterstörungen leiden; hier kommen derart intensive Gefühlsreaktionen des Therapeuten nur vorübergehend und kurzfristig vor, und das auch erst, nachdem sie sich schon über geraume Zeit hin allmählich "aufgebaut" haben (...); sie sind auch lange nicht so bedrohlich für die Stabilität und Neutralität des Analytikers." (1)

Winnicott (2), der mit Psychotikern gearbeitet hat, spricht vom "Hass" in der Gegenübertragung als einem notwendigen und "objektiven" Gefühl, das in der Behandlung mit schwerregredierten Patienten auftritt. Der Analytiker muss fähig sein, diesen Hass zu erleben und auszuhalten. Zitat:

"Wenn der Analytiker damit rechnen muss, dass ihm rohe Gefühle zur Last gelegt werden, muss er vorgewarnt und damit gewappnet sein, denn er muss es ertragen, dass er in diese Lage gebracht wird. Vor allem darf er den Hass nicht leugnen, der wirklich in ihm vorhanden ist. Ein Hass, der im aktuellen Rahmen gerechtfertigt ist, muss ausgesondert, "auf Eis gelegt" und für eine Deutung zu gegebener Zeit aufbewahrt werden."(3)

(1) Kernberg, O.: a.a.O., S. 73/74

(2) Winnicott, D.W.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse

(3) Winnicott, D.W.: a.a.O., S. 77

Die Fähigkeit, zu "primitiven" und heftigen Gefühlen hinunterzusteigen, ist in der Arbeit mit frühgestörten Patienten eine unabdingbare Notwendigkeit.

Man könnte ferner noch den Versuch unternehmen, eine Klassifikation besonderer Formen der Gegenübertragung bzw. spezifischer vom Neurosentypus abhängiger Gegenübertragungskonstellationen vorzunehmen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die unterschiedlichen Gegenübertragungsformen dem spezifischen Verlauf, d. h. den jeweiligen Phasen der Analyse, zuzuordnen. Ob eine solche Zuordnung sinnvoll ist, sei dahingestellt. Für die Illustration dieser Phänomene verweise ich auf die Arbeit von Cremerius (1) zur Uebertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit schwerer Ueber-Ich-Störung, auf die Arbeit zur Hysterie von Mentzos (2) und auf Fürstenau's (3) Bearbeitung der Analysephasen bei strukturell gestörten und bei neurotischen Patienten.

Die vorher aufgeführte Aufteilung in die "klassische" und die "erweiterte" Gegenübertragungskonzeption verleitet gerne dazu, aus diesen beiden Auffassungen heraus auch zwei unterschiedliche Behandlungstechniken abzuleiten. Dies ist m.E. eine problematische, unsachgemässe Schlussfolgerung. Auch wenn viele Autoren ihre theoretischen Konzepte darlegen, so enthüllen sie damit noch nicht ihre therapeutische oder analytische Arbeitsweise. Bei P. Elsässer (4) finden wir eine solche fragliche Aufteilung auf zwei verschiedene analytische Techniken. Die Vertreter der sogenannten "klassischen" Gegenübertragungsposition bezeichnet er als "Einsichtstherapeuten", die Vertreter der "totalistischen" Position

-
- (1) Cremerius, J.: Uebertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit schwerer Ueber-Ich-Störung
(2) Mentzos, S.: Hysterie
(3) Fürstenau, P.: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis
(4) Elsässer, P.: "Wenn sie Dir zu nahe kommen..."

als Therapeuten der "emotionalen Erfahrung". Obwohl ein offener Umgang mit der Gegenübertragung neue Dimensionen in die Deutungsarbeit einfliessen lässt, heisst das keineswegs, dass der Analytiker beispielsweise persönliche Gefühle gegenüber dem Analysanden äussert.

3 Allgemeine Aspekte der Gegenübertragung

Analytiker und Analysand gehen miteinander eine emotionale Beziehung ein. Das Geschehen im psychoanalytischen Prozess äussert sich im Zwei-Personen-Dialog. Die positive emotionale Bereitschaft beider Partner bringt diesen Prozess überhaupt erst in Gang, wobei die emotionale Bereitschaft des Analytikers derjenigen des Patienten übergeordnet ist, weil sie letztere gleichsam am Leben erhalten sollte (1).

Diese positive emotionale Grundhaltung, auch nach Racker (2) "Gegenübertragungshaltung" genannt, ist im umfassenden Sinn der positiven Uebertragung des Analysanden ähnlich. Diese positive Kraft des Analytikers, die ein analytisches Bündnis überhaupt erst ermöglicht, geht jeglichen Reaktionen seines Patienten voraus. Es ist jene sublimierte Triebenergie (Libido), die der Therapeut als unentbehrliche Kraft für seine tägliche Arbeit braucht, und aus ihr gewinnt er die Kraft, auch die negative Gegenübertragung zu ertragen und zu überwinden. Dabei wird sowohl das Bewusste wie das Unbewusste des Patienten vom Analytiker libidinös "besetzt".

"Das Verstehen des Analytikers" erwächst aus der Liebe."
(Racker S. 75)(3)

"Denn nur Eros kann Eros erwecken, und dass es darauf letztlich ankommt, ist unverkennbar, wenn man bedenkt, dass die Analyse darauf abzielt, eingefrorene Libido aufzutauen (...). Der analytische Unwandlungsprozess hängt daher zum guten Teil von der Fülle und der Art der liebenden Zuwendung (Eros) ab, die der Analytiker für seine Patienten aufbringen kann. Es geht um eine besondere Art von Eros, die wir Verständnis nennen, und es ist ein besonderes Verständnis, das insbesondere allem gilt,

(1) Morgenthaler, F.: Technik - Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis

(2+3) Racker, H.: a.a.O.

was der Mensch abwehrt, was er fürchtet und was ihm verhasst ist. Der Analytiker bringt dieses Verständnis auf, weil er ungehemmter aggressiv sein und mehr Kraft einsetzen kann im Kampf gegen alles, was die Wahrheit verdeckt, gegen Illusion und Verleugnung, also gegen des Menschen Angst vor sich selbst." (1)

Der analytische Prozess kommt nur dann wirklich zum Stillstand, wo diese positive Kraft des Analytikers an Substanz verliert, wo er darüber nicht mehr frei verfügen kann. Dann bedarf er der Eigenanalyse oder der Klärung in der Supervision.

Grundsätzlich sollte man bei der positiven Gegenübertragung einerseits zwischen der emotionalen Grundhaltung oder Bereitschaft - sie besteht darin, den Analysanden "anzunehmen" und sich mit ihm in den analytischen Prozess von Uebertragung und Gegenübertragung einzulassen - unterscheiden, und andererseits zwischen den Gegenübertragungsgefühlen oder -reaktionen, die in der aktuellen Situation oder den Analysephasen als bewusste oder unbewusste Gefühlsreaktionen auf die Uebertragung des Patienten im Analytiker auftreten, unterscheiden. Der Analytiker fühlt sich z. B. geschmeichelt, weil der Analysand ihn stark verehrt oder in gehobener Stimmung, wenn der Patient sich in einer erotisierten Uebertragungsphase befindet. Eine Gefahr für die therapeutische Beziehung besteht nur dann, wenn solche Gegenübertragungsgefühle lange andauern oder sehr intensiv sind oder nicht aufgelöst werden können und dadurch die analytische "Abstinenzhaltung" zu beeinträchtigen drohen. Die Arbeit mit der Gegenübertragung beinhaltet das Bewusstwerden dieser Gefühle. Das Erkennen ihrer Bedeutung dient gleichzeitig deren Auflösung und fördert somit den Fortgang des analytischen Prozesses. Zudem dient diese

(1) Racker, H.: a.a.O., S. 42/43

Bewusstwerdung dazu, die innerseelische Gefühlskonstellation des Analysanden und die Dynamik im analytischen Dialog besser zu erfassen.

Zu den eher "negativ" getönten Gefühlsreaktionen gehören beispielsweise Gefühle wie Angst, Aerger, Wut, Schuldgefühle, Gleichgültigkeit, Langeweile, Trauer, Erschütterung aber auch körperliche Reaktionen. Sobald sie längere Zeit andauern, werden sie zur negativen Gegenübertragungshaltung und gefährden den analytischen Prozess. Während diese Gefühle im Analytiker in der klassischen Konzeption der Gegenübertragung als inadäquat bzw. als neurotische Reaktionen des Analytikers angesehen wurden, gehören sie in der erweiterten Konzeption zu den wichtigsten Indikatoren für die unbewussten Botschaften des Patienten.

Nach Racker gibt es keinen "normalen" emotionalen Zustand des Analytikers, sondern seine Erlebniswelt antwortet fortwährend auf die Mitteilungen (verbale und nichtverbale) seines Patienten, im Sinne des Talion-Gesetzes, welches besagt, dass jede Uebertragung eine Gegenübertragung hervorruft. Die Hauptthese Rackers lautet:

"Jede Uebertragung ruft eine Gegenübertragung hervor (...). Diese Gegenübertragungen können gewiss verdrängt werden oder gefühlsmässig blockiert, wahrscheinlich aber nicht vermieden werden; was im Interesse eines umfassenden Verstehens auch nicht geschehen sollte. Gegenübertragungsreaktionen werden von den Gesetzen des universellen und des individuellen Unbewussten beherrscht, wobei besonders das Talion-Gesetz hervorzuheben ist. So wird beispielsweise jede positive Uebertragung (in einer Schicht) mit einer positiven Gegenübertragung beantwortet; auf jede negative Uebertragung antwortet eine negative Gegenübertragung." (1)

(1) Racker, H.: a.a.O., S. 162

Gegenübertragungsgefühle sind demnach immer gegenwärtig und bedeutsam für den analytischen Prozess. Im allgemeinen kann man auch sagen, dass auf die konstante Gegenwart der Uebertragung immer eine Gegenübertragung antwortet, dass es also eine fortwährende Wechselbeziehung zwischen Uebertragung und Gegenübertragung gibt. Auf das Uebertragungsangebot reagiert der Analytiker gleichermassen mit realen Gefühlen, mit Freude, Angst, Stolz, Neid etc., mit Abwehr und Wünschen. Entscheidend ist einerseits, ob der Analytiker offen genug für die Wahrnehmung dieser "Impulswelt" in ihm sein kann und andererseits, ob er diese unter Kontrolle halten kann, um sie gegebenenfalls für die Deutung - zum geeigneten Zeitpunkt - verwenden kann. Bei den Gegenübertragungsgefühlen - als Antwort auf die Uebertragung - unterscheidet Racker (1) weiter zwei wichtige Aspekte: die Gegenübertragungsantwort auf die manifeste und aktuelle Uebertragung und die Gegenübertragungsantwort auf die latente und potentielle, aber verdrängte, blockierte oder abgespaltene Uebertragung. Vielfach ist es so, dass der Analytiker diese abgespaltenen Teile des Patienten an Hand seiner Einfälle, Phantasien, Gefühle bei sich wahrnimmt und so verstehen kann, was der Patient bei sich selbst nicht zulässt. Nur wenn der Therapeut selbst in grossem Masse "frei von Verdrängungen" ist, wird er mit der Lebendigkeit seiner eigenen Einfälle und Gefühlsreaktionen die latente und potentielle Uebertragung, d. h. all das, was der Patient verdrängt, blockiert oder absplattet, wahrnehmen und für die analytische Arbeit nutzbar machen können.

In der Literatur nicht erwähnt, aber von grosser Bedeutung, sind beispielsweise die Träume des Analytikers über seinen Patienten. Oft liegt gerade im Traum der Schlüssel zur unbewussten Dynamik in der aktuellen Phase der analytischen Beziehung. Aus Gründen

(1) Racker, H.: a.a.O.

persönlicher Zurückhaltung wird verständlicherweise kaum darüber gesprochen.

Neyraut (1) hat einen ganz anderen, wichtigen Gesichtspunkt innerhalb der Gegenübertragungsdiskussion herausgearbeitet. Er zeigt, wie bereits das psychoanalytische Theorie-Denken gewisse Anteile der Gegenübertragung beeinflussen kann. Beispielsweise verändert sich die Gegenübertragung, je nachdem, ob man z. B. von einem theoretischen Konzept nach Klein, Kohut, Kernberg etc. oder einem anderen klassischen analytischen Konzept ausgeht. Aber auch das Konzept der jeweiligen Störung des Patienten - z. B. Hysterie oder Borderline bzw. frühe Störung mit Ich-Defekten - beeinflusst die Gegenübertragung.

(1) Neyraut, M.: Die Uebertragung

3.1 Die Objekt- und die Subjektdimension in der Gegenübertragung

Unter dem Primat der "gleichschwebenden Aufmerksamkeit" vollzieht der Analytiker bestimmte hermeneutische Verstehensschritte auf unterschiedlichen Ebenen. Dabei ist er sich der Ueberdeterminierung sämtlicher zu verstehender Phänomene bewusst und bezieht gleichzeitig auch immer die manifeste und die latente Betrachtungsweise in den Verstehensvollzug mit ein. Es treten dabei verschiedene Aktivitäten des Ichs des Analytikers in Funktion, wobei er gleichzeitig mit seinem erlebenden und seinem beobachtenden Ich arbeitet. Zu denjenigen Ich-Aktivitäten, die sich im Zusammenhang mit der Gegenübertragung konstellieren, gehören die "zeitweiligen Probeidentifizierungen", die als eine Form der "Regression im Dienste des Ichs" anzusehen sind.

Identifizierungsvorgänge, welche nicht der Abwehr dienen, werden im allgemeinen dem Bereich des empathischen Verstehens zugeordnet. Was aber bedeutet empathisches Verstehen im psychoanalytischen Dialog konkret? Für diese Frage ziehe ich die Arbeit von P. Heimann (1) und H. Argelander (2) heran. P. Heimann ist der Ansicht, dass mit dem Begriff der Empathie ein Kult getrieben wird und warnt vor deren Ueberbetonung. Die Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen, sei nicht gleichzusetzen mit der seltenen Begabung, die zur unmittelbaren Entdeckung tief verborgener unbewusster Prozesse führt. Empathie im psychoanalytischen Dialog ist also nicht identisch mit Einfühlung im umgangssprachlichen Sinne. Bei der Empathie handelt es sich nicht nur um ein Sichhineinversetzen in die andere Person, sondern

(1) Heimann, P.: Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers

(2) Argelander, H.: Ueber psychoanalytische Kompetenz

um die sogenannte Introjektion der anderen Person oder eines wichtigen Aspektes von ihr, und diese Introjektion führt zur Identifizierung des Subjektes mit dem Objekt bzw. des Analytikers mit dem Patienten. P. Heimann schreibt dazu:

"Um seinen Patienten zu verstehen, muss der Analytiker eine bewusste, kurz andauernde Identifizierung mit ihm zustande bringen." (1)

Das Teilen der Gefühle des Patienten ist also nur zeitweilig vorhanden, der Analytiker nimmt an der Qualität, nicht aber am Grade der Gefühle teil, an ihrer Art, nicht aber an ihrer Intensität. Diese erste Etappe des psychoanalytischen Verstehens nennt Kemper (2) die "Wahrnehmungsphase mittels affektiver Identifizierung":

"Diese Identifizierung ist uns dadurch möglich, dass all das, was uns der Patient verbal bewusst oder noch viel mehr nichtverbal unbewusst mitteilt, potentiell auch in uns vorliegt. Die latente eigene Impulswelt im Analytiker ist also sein wesentlichstes Wahrnehmungsinstrument. Sie lässt die jeweils im Patienten angeschlagenen Themen auch bei uns antönen, so wie an einem Flügel die Saite in Schwingung gerät, die auf einem andern Flügel angeschlagen wird."(2)

Bei Heimann und Racker fließt das hermeneutische Prinzip des empathischen Verstehens eher implizit mit ein, während es bei Argelander (3) in Anlehnung an die Ausführungen Freuds klar herausgearbeitet wird.

Argelander unterscheidet zwei Aspekte der Empathie: a) die normale unmittelbare Einfühlung, die es auch im Alltagsleben gibt, und b) die Erarbeitung des Verständnisses für das Fremde, das

(1) Heimann, H.: Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers, S. 5

(2) Kemper, W.: Die Gegenübertragung, S. 602

(3) Argelander, H.: a.a.O.

Unbewusste im Andern. Aus rein methodischen Gründen und um eine Verwechslung mit der "normalen" Empathie zu vermeiden, hebt Argelander (1) das "hermeneutische Verstehen" als einen zweiten und deutlich abgrenzbaren Wahrnehmungsakt heraus. Der hermeneutische Verstehensschritt geht über das Vertraute im anderen Menschen hinaus, er geht auf Entdeckung des Fremden, des Unvertrauten im anderen.

"Das verschiedenartige Material einer analytischen Situation fügt sich wie Mosaiksteine nach dem umgangssprachlichen Kontext zu einem bereits vertrauten Bild des anderen. Beim hermeneutischen Vorgehen wird gerade der umgangssprachliche Bedeutungsgehalt ausser acht gelassen, so dass sich die Mosaiksteine nach der vieldeutigen Eigenart ihrer Teilchenstruktur zu einem neuen Bild zusammenfügen lassen, dessen volle Bedeutung erst nachträglich erfasst werden kann. In der psychoanalytischen Praxis tritt das unbewusste Persönlichkeitsbild als das Fremde und noch nicht Einfühlbare nur sehr langsam im Erscheinung, denn es wird vermöge des hermeneutischen Aktes als ein inneres Objekt oder eine Imago Schritt für Schritt erst konzeptualisiert. Wenn das innere Objekt eine nahezu geschlossene psychische Struktur angenommen hat, kann der unbewusste Persönlichkeitsanteil "empathisch besetzt" (Fliess 1942) und durch Einfühlung in seiner eigenen Sinnhaftigkeit unmittelbar verstanden werden." (2)

Aus den verschiedenen Ansätzen, Mitteilungen, Phantasien, Stimmungen arbeitet der Analytiker den verborgenen unbewussten Sinn heraus und bildet mit der Zeit ein unbewusstes Persönlichkeitsbild des Patienten, das immer mehr an Kontur gewinnt und empathisch mittels der positiven Gegenübertragung "besetzt" wird. Dabei wird besonders betont, wie die empathische Identifizierung mit den beiden Anteilen im Patienten, dem Abwehrenden und dem Abgewehrten, ständig hin und her oszilliert, sich jeweils mit dem schwächeren Anteil verbindet und so für eine optimale Beziehungsspannung

(1+2) Argelander, H.: Ueber psychoanalytische Kompetenz, S. 1071

zwischen diesen beiden Anteilen sorgt, um den Konflikt durcharbeiten zu können.

Racker (1) unterscheidet zwei Identifizierungsvorgänge mit dem Patienten, die "konkordante" und die "komplementäre Identifizierung". Das Verständnis für die jeweilige Uebertragungssituation wird bestimmt durch ein ständiges Oszillieren zwischen diesen beiden Identifizierungsvorgängen.

Bei der konkordanten Identifizierung versucht der Analytiker, den Patienten zu verstehen, indem er sich mit dem jeweils entsprechenden psychischen Anteil im Patienten identifiziert: Sein Ich mit dem Ich, sein Es mit dem Es und sein Ueber-Ich mit dem Ueber-Ich des Patienten. Der Therapeut erlebt dabei in etwa das gleiche Gefühl, die gleiche Regung wie der Patient. Sie setzt die Anerkennung eines spontanen kindlichen Anteils im innerpsychischen Erleben des Analytikers voraus, d. h. den kontrollierten Kontakt mit seinen aggressiven und libidinösen Wünschen, seinen Ängsten, seiner Scham, seinen Bedürfnissen nach Sicherheit und Anerkennung etc.

Der Vorgang der komplementären Identifizierung bezieht sich auf eine Identifizierung mit den "Uebertragungsobjekten", bzw. inneren Objekten (Imagos, Introjekte, Teilobjekte) des Patienten. Der Analytiker fühlt sich z. B. wie ein "inneres Objekt" des Patienten, wie eine Person aus der Vergangenheit des Patienten, welche er mittels Introjektion in sich hinein genommen hat. Das heisst, dass er sich mit diesem beispielsweise als ein Objekt der Liebe, der Auflehnung, des Trotzes etc. identifiziert. Der Analytiker fühlt sich verärgert, abgewiesen, entwertet oder geschätzt, bewundert

(1) Racker, H.: a.a.O.

usw. Die Kenntnis der inneren Abhängigkeit von eigenen Objektimages aus der Lehranalyse ermöglicht dem Analytiker die Annahme der unbewussten Objekt- oder Rollenzuschreibung durch den Patienten.

Moeller (1) nennt diese beiden Gegenübertragungsanteile die "Subjektdimension" (ich empfinde, wie der Patient ist, ich empfinde wie der Patient) und die "Objektdimension" (ich empfinde, wozu der Patient mich macht, oder ich empfinde wie der Vater, die Mutter, oder eine Bezugsperson aus der Kindheit des Patienten).

Beide Identifizierungsprozesse stehen in einem engen Zusammenhang. Das zeigt sich z. B. darin, dass sich immer dann, wenn die konkordante Identifizierung scheitert, bzw. die Einfühlung in die Selbstanteile des Patienten misslingt, die komplementäre Identifizierung verstärkt. (2)

Die komplementäre Identifizierung ist der eigentliche Anteil der Gegenübertragung. Für ein besseres Verständnis dieser Dimension der Gegenübertragung greife ich nochmals den Begriff der Uebertragung auf, so wie ihn Freud ab 1905 konzipierte, als er sie nicht mehr als Hindernis oder Widerstand, sondern als therapeutisches Agens verstand.

"Was sind Uebertragungen? Es sind Neuauflagen, Nachbildungen von den Regungen und Phantasien, die während des Vordringens der Analyse erweckt und bewusst gemacht werden sollen, mit einer für die Gattung charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes. Um es anders zu sagen: eine ganze Reihe früherer psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung des Arztes wieder lebendig." (3)

(1) Moeller, L.: a.a.O.

(2) Racker, H.: a.a.O.

(3) Freud, S.: Bruchstück einer Hysterie-Analyse, G.W. V, S. 279/280

Uebertragung als Wiederholung der Vergangenheit blieb die gebräuchlichste Definition der Uebertragung.

Der "klassische Uebertragungsbegriff" impliziert die Ausbildung einer Uebertragungsneurose und lässt sich nur dann anwenden, wenn der Patient zu einer Beziehung zu einem von seinem Selbst unterschiedenen "Objekt" (dem Analytiker) bzw. zu einer "objektalen" Kommunikation fähig ist. Der Betreffende verfügt über getrennte Selbst- und Objektrepräsentanzen und über ein von der Umgebung differenziertes Selbst. Obwohl er das Vergangene als Gegenwärtiges erlebt, ist ihm doch prinzipiell eine Unterscheidung möglich, die ihm erlaubt, den Analytiker so zu erleben, als ob (und nicht als sei) er die Mutter bzw. der Vater wäre. Der Patient ist also zur Ich-Spaltung fähig, d. h. er kann von seinem Ich als einem erlebenden und einem beobachtenden Gebrauch machen. Diese Fähigkeit ermöglicht das sogenannte Arbeitsbündnis zwischen Analytiker und Patient und hat ihre Grundlage in der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Eine so verstandene Uebertragung hat das oedipale Drama zur Grundlage. Der Patient ist fähig zu einer Dreipersonen-Beziehung (eine trianguläre im Gegensatz zur dyadischen Beziehung). Solche Beziehungen können in der Regel erinnert und verbalisiert werden.

Der Patient mit der frühen Störung bringt diese Voraussetzungen nicht mit. Er verfügt nicht über getrennte Selbst- und Objektrepräsentanzen und erlebt den Analytiker oft so, als wäre er die Mutter. Dennoch "überträgt" er - auf der Ebene der Zweipersonen-Beziehung - und wiederholt seine frühe Geschichte in der psychoanalytischen Behandlung. Immer steht die dyadische Beziehung zum Primärobjekt (Mutter) im Vordergrund und erst nach und nach entwickelt sich bei gelungener Behandlung eine trianguläre

Dimension. Der Uebertragungsbegriff wurde in diesem Sinne, d. h. unter Einbezug der Beziehung zum Primärobjekt erweitert und deshalb ist auch hier von Uebertragungsphänomenen (und Uebertragung von Teilobjekten) die Rede. Demnach gewinnen die Erkenntnisse von Uebertragung und Gegenübertragung (insbesondere der Uebertragung von Abwehr), obschon sie vorwiegend aus der Behandlung neurotischer Störungen gewonnen wurden, auch für das Verständnis früher Störungen ihre Bedeutung.

In ihrem Buch "Das Ich und die Abwehrmechanismen" (1936) versteht A. Freud die Uebertragung ebenfalls als Wiederholung der Vergangenheit bzw. als Uebertragung libidinöser Regungen auf die Person des Analytikers, postuliert aber auf Grund ihres speziellen Interesses an der Abwehr eine weitere Kategorie von Uebertragungen, nämlich die Uebertragung von Abwehr. Das analytische Interesse richtete sich in der Folge, zumindest im angelsächsischen Raum vor allem auf Grund der Annahme, dass die Abwehrmechanismen während der Entwicklung des Individuums eine gewisse Autonomie erlangen, vom Trieb weg auf die speziellen Mechanismen der Abwehr, vom Es auf das Ich.

A. Freud führt in ihrem Buch (1) eine Reihe von Abwehrformen wie die Reaktionsbildung, die Projektion und Introjektion, die Identifizierung mit dem Angreifer und eine Form des Altruismus an, deren besonderes Merkmal die Tendenz ist, zu Zwecken der Abwehr von einer anderen Person Gebrauch zu machen. Der zwischenmenschliche Beziehungsaspekt in der Analyse bekam durch diese Sichtweise einen neuen, bisher nicht in dieser Weise beachteten Stellenwert.

(1) Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen

Diese von A. Freud 1936 eingeführten Abwehrmechanismen nennt Sandler (1) "objektbezogen", weil sie eine Rollenumkehrung oder eine Kombination von Identifizierung und Projektion implizieren. Es handelt sich nach Sandler um Abwehrmassnahmen mit aktiver Vertauschung von Selbst- und Objektanteilen, wobei die unerwünschten Aspekte des Selbst beim äusseren Objekt in Erscheinung treten können. In ähnlicher Weise können auch befürchtete oder bewunderte Objektanteile auf den Analytiker projiziert und durch anschliessende Identifikation oder Introjektion wieder ins Selbst übernommen werden. Durch solche Externalisierungen verschafft sich der Patient eine vorläufige Entspannung und Kontrolle über seine innere Konfliktsituation, indem er das äussere Objekt, den Analytiker, kontrolliert. Für diese infantilen Uebertragungen stellt sich der Analytiker als "Auffangfigur" zur Verfügung, denn nur an ihm kann die Uebertragung für die Einsicht nutzbar gemacht werden. Der Patient versucht den Analytiker auf vielfachen subtilen Wegen zu bestimmten Verhaltensweisen oder Reaktionen zu drängen, bei ihm Stimmungen zu erwecken, ihn zu einer bestimmten Rollenübernahme zu "manipulieren", all dies in einer Art und Weise, die dem Patienten meistens unbewusst bleibt. Der Analytiker rezipiert die projizierten Selbst- oder Objektanteile, er nimmt sie in seiner Gegenübertragung wahr, indem er simultan erlebt und beobachtet, d. h. affektiv innerpsychisch reagiert und diese Reaktionen mit seinem Ich registriert, sich gleichsam wieder davon distanziert und diese Beobachtungen zu gegebener Zeit in eine Deutung umformuliert.

Als Mittel zur Registrierung solcher Gegenübertragungen dienen Körperhaltung oder -befindlichkeit, Phantasien, Tagträume, Affekte

(1) Sandler J.: Zum Verhältnis von Therapie und Theorie in der Psychoanalyse

etc. Racker erwähnt besonders die Bedeutung der Wahrnehmung des Gesichtsausdruckes:

"...dass der Gesichtsausdruck des Analytikers im allgemeinen die Antwort eines inneren Objektes des Patienten auf sein Material spiegelt und letztlich die Antwort eines Teiles des Ichs des Patienten ist, der "nach aussen verlagert", d. h. abgespalten und in den Analytiker projiziert worden ist. Es ist wichtig, dass der Analytiker seinen eigenen Gesichtsausdruck beobachtet, ihn als seine Gegenübertragungsantwort auf die Uebertragung versteht...(1)

Sandler (2) führt im Zusammenhang mit der Gegenübertragung das Konzept der Bereitschaft zur Rollenübernahme ein. Er geht von der Annahme aus, - und er stützt sich dabei auf die Theorie der "Objektbeziehungen" -, dass in der Interaktion der beiden Partner des psychoanalytischen Dialogs eine Rollenverteilung stattfindet, die von der Uebertragung des Patienten aus inszeniert wird. Ich zitiere Sandler:

"Ich möchte betonen, dass die Rollenbeziehung des Patienten innerhalb der Analyse zu jedem beliebigen Zeitpunkt aus einer Rolle, die er sich selbst zuweist und einer komplementären Rolle, die er dem Analytiker zu diesem Zeitpunkt zuweist, besteht. (...) In gewissem Sinne versucht der Patient in der Uebertragung (...) diese Rollen in verkappter Form zu aktualisieren. Indem er dies tut, widersetzt er sich der Erkenntnis einer infantilen Beziehung, die er vielleicht gerade einzugehen versucht." (2)

Die zentrale These Sandlers besagt, dass der Analytiker die Uebernahme solcher Rollenzuweisungen nicht als Kunstfehler betrachten sollte, sondern sie für die Wahrnehmung der Dynamik des Unbewussten im psychoanalytischen Dialog nützen kann. Dies jedoch nur dann, wenn die Rollenzuweisungen nicht zu intensiv den

(1) Racker, H.: a.a.O., S. 24

(2) Sandler, J.: Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme, S. 300

Widerstand des Patienten unterstützen und dadurch den analytischen Prozess blockieren. Die irrationalen Reaktionen des Analytikers, z. B. häufiges und viel Sprechen, dürfen nicht bloss als eigene "blinde Flecken", sondern können vielfach als Kompromissbildungen zwischen eigenen Strebungen und dem unvermeidlichen kontrollierten Eingehen auf Rollenzuschreibungen des Analysanden gesehen werden. (1)

Diese zeitweilige unbewusste oder vorbewusste Rollenübernahme zugunsten der späteren Einsicht setzt allerdings lange berufliche Erfahrung und Uebung voraus. Es geht auch keineswegs darum, anzunehmen, dass alle Gegenübertragungsreaktionen durch das veranlasst werden, was der Patient dem Analytiker aufdrängt.

Die Gegenübertragung im allgemeinen und die Bereitschaft zur Rollenübernahme umfasst sowohl oedipale als auch präoedipale Anteile und die Gesamtheit der Affektkonstellationen jenseits des Triebkonfliktes. Nach Sandler dienen diese "objektbezogenen" Abwehrformen nicht nur der Abwehr von libidinösen Triebbedürfnissen, sondern auch der ganzen Skala der unbewussten oder vorbewussten Wünsche, die mit allen möglichen Bedürfnissen, beispielsweise narzisstischer Art, und Abwehrmassnahmen verbunden sind. Das Konzept der Bereitschaft zur Rollenübernahme ist besonders für Patienten mit frühen Störungen geeignet, welche ihre Konflikte und ihre Affektabwehr nur zum Teil über die Phantasie verarbeiten, da deren Erlebniswelt einen Mangel an Symbolisierung aufweist. Daher stellen sie ihre Probleme nicht nur durch direktes Verbalisieren dar, sondern vor allem auch durch "Agieren" in der Analyse.

(1) Sandler, J.: a.a.O.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass der Analytiker in seiner Gegenübertragung immer eine zweifache, eine dialogische Identifikation macht, eine Identifikation mit den Selbst- und den Objektanteilen, die ihm der Patient vermittelt. Infantiles Selbst und infantiles Objekt müssen beide gleichzeitig im Analytiker intrapsychisch gegenwärtig sein (1). Das spezifisch hermeneutische Verstehen besteht darin, sich vom manifesten Kontext solcher Identifikationen und Rollenzuweisungen zu lösen, den verborgenen Sinngehalt dieser inszenierten Interaktionen zu entdecken, um ihn dann mit dem Patienten zum gegebenen Zeitpunkt durchzuarbeiten.

(1) Moeller, L.: a.a.O.

3.2 Störungen in der Gegenübertragung

Ohne mich bereits auf die Gegenübertragungsreaktionen in der Behandlung der frühen Störung zu beziehen, möchte ich kurz aufzeigen, wie sich in der täglichen Arbeit mit den Patienten Komplikationen im Zusammenhang mit der Gegenübertragung ergeben und bemerkbar machen können.

Wie schon früher erwähnt, kann die Gegenübertragung sowohl einen nützlichen als auch einen schädlichen Effekt auf die analytische Arbeit haben. Dies ist immer dann der Fall, wenn sie vergessen (1) bzw. nicht bewusst gemacht werden kann, oder sie nicht mehr unter der Kontrolle des Ichs des Analytikers steht. Auch im Analytiker werden infantile Konflikte reaktiviert, und er reagiert entsprechend seiner Persönlichkeit mit seinen eigenen Abwehrmassnahmen. Auch er unterliegt zeitweiliger Regression, einschliesslich zeitweiliger Fehlidentifikationen mit seinen Patienten. Sein Patient wird vorübergehend sein Vater, seine Mutter, seine Tochter, sein Kollege oder ein Teil des Ideal-Ichs des Analytikers etc. Er neigt dann dazu, seine durch die Arbeit mit dem Patienten in Bewegung gesetzten Affektdispositionen in der Beziehung zum Patienten in irgendeiner Form auszuleben - in der Sprache der Psychoanalyse - "auszuagieren".

Erwähnenswert sind einige Beispiele von Auswirkungen einer Störung in der Gegenübertragung, die Menninger (2) als "Vergehen" ansieht, dessen sich die meisten Analytiker im Laufe ihrer Tätigkeit schuldig machen:

- Gleichgültigkeit in bezug auf Vereinbarungen - die Stunde des Patienten wird vergessen, man kommt zu spät, die Stunde des Patienten wird aus keinem ersichtlichen Grund überschritten.

(1) Menninger, K.: Theorie der psychoanalytischen Technik

(2) " " " S. 38

- Häufiges Erleben erotischer oder ähnlicher Gefühle der Zuneigung gegenüber dem Patienten.
- Trachten nach Sicherheit, narzisstische Hilfsmittel wie der Versuch, den Patienten auf verschiedene Arten zu beeindrucken, oder das Imponieren mit der Wichtigkeit des eigenen Patienten bei Kollegen.
- Sadistische, unnötige Härte bei der Formulierung von Stellungnahmen und Deutungen.
- Mit dem Patienten argumentieren.
- Verfrühte Beruhigungen bei der Entwicklung von Angst beim Patienten, genauer gesagt, die Unfähigkeit, den Punkt der optimalen Frustrationsspannung abzuschätzen etc.

Den oben erwähnten Auswirkungen einer gestörten Gegenübertragung liessen sich noch viele andere hinzufügen. Sie können verschiedenen Abwehrmassnahmen des Analytikers zugrunde liegen.

Wächst z. B. die Belastung in der analytischen Situation wegen intensiver Wut- und Hassgefühle des Patienten, fühlt sich der Analytiker unter Umständen stark angegriffen, dann kann es geschehen, dass sich der Analytiker mit dem Patienten in einer Weise identifiziert, die übermässig stark oder zu dauerhaft ist, so dass er sich nicht rechtzeitig oder vollständig daraus lösen kann. Dieses Phänomen wird von Fliess (1953) (1) als "Gegenidentifizierung" bezeichnet, und Racker (2) spricht in diesem Zusammenhang von einem Verhaftetbleiben in der "komplementären Identifizierung". Es besteht die Gefahr einer unmittelbaren Erwidern von Impulsen entsprechend dem von Racker aufgeführten "Talionsprinzip" oder die Möglichkeit unangemessener und unempathischer Aggressionsdeutungen.

Die Kehrseite der "Gegenidentifizierung" ist oft eine starke oder dauerhafte "empathische Identifizierung", die jedoch keine mehr

(1) Fliess, R.: Counter-transference and counter-identification

(2) Racker, H.: a.a.O.

ist, weil sie wesentliche Anteile im Patienten ausser acht lässt. Dies ist eine bei angehenden Analytikern häufig anzutreffende Abwehrform der Gegenübertragung, die auf der Angst vor negativen Gefühlen und der vermeintlichen Unvereinbarkeit mit dem Therapeuten-Ich-Ideal einer grenzenlosen Empathie basiert.

Es besteht aber auch die Möglichkeit einer ungenügenden Identifizierung aus Selbstschutz, die dann den Therapeuten allzu distanziert, unnatürlich und affektiv blass erscheinen lässt, (Kemper) (1). Wahrscheinlich ist damit die Abwehrhaltung des "narzisstischen Rückzugs" (Kernberg)(2) gemeint, die zum Verlust der Aufgabe der wirklichen therapeutischen Arbeit führt.

Ferner kann der Therapeut auf seine alte "neurotische Charakterabwehr" zurückgreifen, da sie einen bewährten Schutz gegenüber primitiven Ängsten und Regressionen zu bieten scheint. Sie kann nach Kernberg wieder reaktiviert oder neu induziert werden, und sie wird, wenn sie sich verfestigt, als "chronische Gegenidentifizierung" beschrieben. (Kernberg)

Die Gegenübertragungsaggression, die sich in Gefühlen von Aerger, Gereiztheit, Wut, Hass, Desinteresse oder in entsprechenden destruktiven Phantasien äussern kann, stellt den Therapeuten vor eine der schwierigsten Aufgaben seiner therapeutischen Tätigkeit.

Aggressive Gegenübertragungsreaktionen können nach Racker (3) z. B. die Antwort auf eine Übertragungssituation sein, in der der Analysand dem Analytiker die Erfüllung bestimmter Wünsche versagt. Solchen Versagungen ist der Analytiker ausgesetzt, wenn der Patient ihn beispielsweise heftig kritisiert, andere Therapieformen verherrlicht oder sich direkt aggressiv, mit Hohn und

(1) Kemper, W.: Die Gegenübertragung

(2) Kernberg, O.: a.a.O.

(3) Racker, H.: a.a.O., S. 20

Spott oder indirekt mit Zuspätkommen, längerem wiederholten Schweigen oder Rückzügen ihm gegenüber verhält.

Alle diese Gegenübertragungsreaktionen können einerseits als "angemessene Reaktionen" auf die Uebertragung des Patienten verstanden werden, andererseits aber auch - gänzlich oder teilweise - durch ungelöste neurotische Anteile im Analytiker hervorgerufen werden.

Solange die Gegenübertragung in Ordnung ist, erhebt sie nach Heimann (1) wenig Anspruch auf zusätzliche Aufmerksamkeit. Das Kriterium gestörter Gegenübertragung liege im Spüren des Unrechten, des Ich-Fremden, das der Analytiker erlebt.

Sobald der Analytiker sich aus der unbewussten Identifizierung - der konkordanten sowie der komplementären - gelöst hat, kann er wieder als er selbst funktionieren, er hat - mit den Worten von P. Heimann - seine Gegenübertragung "repariert".

Es liegt auf der Hand, dass Gegenübertragungsgefühle den Verlauf einer analytischen Behandlung in katastrophaler Weise beeinflussen können, wenn sie zu stark oder zu dauerhaft sind, bzw. wenn der Analytiker sie nicht aushält. Gibt der Analytiker z. B. unbewusst nach, oder übernimmt er die Rolle, die ihm der Patient zuschreibt, so dass der Patient also mit seinen "Ueberwältigungsmanövern" Erfolg hatte, spricht man vom sogenannten "Mitagieren" des Analytikers. In diesem Fall sind die Ich-Funktionen des Analytikers zeitweilig gestört. Dieses Phänomen kann am ehesten bei sehr regredierten, tief gestörten Patienten auftreten.

(1) Heimann, P.: Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers

II Zur Psychodynamik der frühen Störung

Im Rahmen der sich erweiternden Anwendungsgebiete der Psychoanalyse werden heute auch Störungen behandelt, deren Pathogenese in den frühen Entwicklungsstadien des Menschen angelegt ist und nicht, wie bei der klassischen Neurose, in der oedipalen Konflikt-situation des Kleinkindes wurzelt. Nicht Triebkonflikte, sondern narzisstische und Probleme der Objektbeziehungen stehen hier im Vordergrund. Das Fundament des "psychischen Apparates" (Freud), der Aufbau einer stabilen Selbstrepräsentanz geschieht in den ersten beiden Lebensjahren, und ist abhängig von den frühesten zwischenmenschlichen Erfahrungen bzw. vom geglückten Mutter-Kind-Dialog.

In diesen frühen Entwicklungsstadien gibt es noch kein Denken im mentalen Sinne. Es existieren noch keine inneren Bilder. Denken ist hier noch identisch mit Handeln. Psychische Strukturen entstehen erst im handelnden Dialog mit der Mutter. Die Fähigkeit zur Symbolisierung, zur inneren Repräsentation, wird erst am Ende dieses Entwicklungsstadiums erworben (Durch die innere Repräsentation ergibt sich erst die Möglichkeit, Erfahrungen zu ordnen und in Bedeutungsträger wie innere Bilder, Sprache, Spiel, Gesten, Rituale usw., die der psychischen Integration dienen, zu transformieren.). Diese Tatsache führt zur bekannten Auffassung, dass die Mutter alle diese Funktionen stellvertretend für den Säugling übernehmen muss.

Wegen der erwähnten Unreife des kindlichen Ichs übernimmt also die "gute", empathische Mutter die Steuerung der affektiven Erlebnisse ihres Säuglings. Sie strukturiert seine narzisstischen und seine Trieberfahrungen in der Weise, dass es weder von äusseren

noch von inneren Reizen überflutet wird und fördert jeweils die seinem Entwicklungsstand entsprechenden Reifungsschritte; m.a.W. sie dient ihm als Hilfs-Ich. Dabei schützt sie den Säugling nicht grundsätzlich vor Frustrationen, aber sie bewahrt ihn vor unerträglichen Erregungszuständen. Wird der Erregungszustand von der Mutter nicht aufgefangen, entsteht für den Säugling m.E. das, was Freud (1) in seiner Arbeit "Hemmung, Symptom und Angst" als "traumatische Angst" beschrieben hat. Je nach dem Zeitpunkt der Traumatisierung kann man diese Angst in einer frühen Phase als Existenz- oder Vernichtungsangst bezeichnen, in einer späteren Phase als Trennungsangst. Die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind ist also das wichtigste Element in der frühen psychischen Entwicklung. Im Dialog mit dem Säugling nimmt die Mutter eine exemplarisch "sinvermittelnde" Funktion ein, die seine unmittelbaren Seinserfahrungen bestimmt und alle späteren Erfahrungen von Welt präformiert. Spitz (2) spricht hier von der "Genese der Sinngebung".

Sofern die "primäre Einigung", in der die coenästhetischen Erfahrungen der Symbiose im Vordergrund stehen, geglückt ist, können im Dialog reifere, komplexere Formen einer gemeinsam gelebten "Bedeutungswelt" entstehen, in der in die "illusionär" gelebte Einheit sukzessiv Wirklichkeitsmomente (Abwesenheit der Mutter) integriert werden können bis hin zum "Sich-Selbst-Erkennen" des Kindes als ein von der Mutter getrenntes Individuum. Dieser Prozess benötigt fast zwei Jahre.

Die Genese der frühen Störungen, oft auch als sogenannt narzisstische Störungen, strukturelle Störungen des Ichs sowie als Grenzfälle bezeichnet, liegt entsprechend der heute weit verbreiteten Auffassung in einem Versagen dieser ursprünglichen "bewahrenden Umwelt" (Winnicott)(3), auch wenn hier sogenannte konstitutionelle

(1) Freud, S.: Hemmung, Symptom und Angst, G.W. XIV

(2) Spitz, R.: Vom Säugling zum Kleinkind

(3) Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt

Faktoren eine gewisse Rolle spielen mögen.

An dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass ich explizit darauf verzichte, die verschiedenen divergenten Theorien über den Narzissmus und die narzisstische Störung aufzuführen und miteinander in Beziehung zu setzen. Im Sinne eines verstehenden Zuganges werde ich mich darauf beschränken, die verschiedenen narzisstischen Abwehrmodi, die das jeweilige klinische Bild der Krankheit bestimmen, zu betrachten und versuchen, die Gestaltung, die diese in der Beziehung zum Analytiker annehmen, zu erhellen. Die verschiedenen Abwehrmodi verstehe ich als Abwehrkampf gegen das mütterliche "Primärobjekt" und dessen innere Repräsentation, aber auch als Suche danach.

Zunächst aber erlaube ich mir, einige grundsätzliche Anmerkungen zu den Charakteristika der psychoanalytischen Aufgabe und des psychoanalytischen Geschehens in der Behandlung der frühen Störung festzuhalten. Sie betreffen jene Bereiche, wo wir es mit Verhältnissen zu tun haben, die nicht dem Feld der klassischen Uebertragungsneurose, sondern dem der "Urübertragung" zuzuordnen sind.

Wird die psychoanalytische Methode, wenn sie sich in diese Bereiche begibt, überhaupt noch ihrem primären Auftrag, nämlich dem Primat der Suche nach der Wahrheit, gerecht, oder wird sie zu einer Therapie oder einer Therapieform der "korrektiven" Erfahrung reduziert?

In den nachfolgenden Erörterungen lehne ich mich vor allem an W. Loch (1) an, der die Beziehungen von Psychoanalyse und Wahrheit in der Zwei-Personen-Beziehung des psychoanalytischen Dialogs untersucht hat.

(1) Loch, W.: Psychoanalyse und Wahrheit

Die psychoanalytische Methode ist ein ausgewiesenes interpretatives Verfahren, das nicht naturwissenschaftlich nach Ursachen fragt, sondern hermeneutisch nach "Sinn". Sie ist eine Suche nach Verständlichkeit, Sinn und Deutbarkeit psychischer Phänomene. Dabei ist ihr Wahrheitsbegriff ein relativer, auf interpersonalem Konsens beruhender.

Nach Loch ist wesentlich, dass der psychoanalytische Dialog nicht eine Suche nach der (objektiven) historischen Wahrheit ist, sondern ein pragmatischer Versuch, in der Beziehung zum Patienten durch gegenseitigen Konsens für Gegenwart und Zukunft einen neuen (Lebens-)Sinn herzustellen. Wahrheit gilt hier als eine Kategorie des Verstehens. Dabei geht es vorwiegend darum, in den verbalen und averbalen Mitteilungen des Patienten etwas zu finden, das ihm erlaubt, sein seelisches Leben und seine seelischen Funktionen unter einem neuen Gesichtspunkt oder unter einer neuen Perspektive zu begreifen, die ihm sinnvoll erscheint. Psychoanalytische Interpretationen rekonstruieren nicht die Wahrheit im Sinne der Entdeckung von realen Gegebenheiten, sondern konstruieren die Wahrheit als Sinn, und zwar im Dienste der Kohärenz des Selbst; denn nur im Sinn findet das Subjekt sich selbst. Loch leitet die Wahrheit als "Sinn" verstanden von dem aus der Tradition der Hebräer stammenden Wahrheitsbegriff ab, einer Wahrheit, die hier substantivisch z. B. als Fels, als Grund, auf dem man stehen kann, verstanden wird. In diesem Sinne spricht Loch (1) von einer "existenztragenden Wahrheit".

Um seine Existenz zu begreifen, ist das menschliche Individuum dazu veranlasst, Sinn zu finden und Sinn bedeutet "das Woraufhin des primären Entwurfes, aus dem her etwas als das, was es ist, in seiner Möglichkeit begriffen werden kann."(2)

(1) Loch, W.: a.a.O.

(2) Heidegger, M.: Sein und Zeit, S. 324

In einer Zeit, in der die Psychoanalyse sich mehr und mehr mit frühen Störungen befasst, d. h. sich in Bereiche begibt, die das vorsprachliche, noch-nicht-symbolisierte Erleben betreffen, bzw. sie die Deutung des noch nie psychisch Repräsentierten anstrebt, erhalten diese Gesichtspunkte besondere Relevanz. Es geht um die Entwicklung jener Regionen der Persönlichkeit, die bisher niemals bewusst waren, ja die bisher niemals existierten.

Diese Wahrheit als Sinn gesehen - im Gegensatz zur wissenschaftlichen Wahrheit - , findet ihre Aktualisierung im psychoanalytischen Dialog, in einer Atmosphäre des Wohlwollens, der sorgfältigen Vermeidung von Handlung, der Zurückhaltung und der Nichteinmischung und bedarf einer Haltung des Analytikers, die als "holding function" (Winnicott)(1) bezeichnet wird, in der auch die "Spiegelfunktion" eine ganz besondere Bedeutung bekommt. Die Erfahrung der eigenen Subjektivität und die Integration des Selbst bedarf der lebendigen, emotionalen Bestätigung des anderen, kann nur um Miteinander zustande kommen; erst durch die Spiegelung durch den anderen, d. h. durch die Objektivierung der eigenen Subjektivität, kann es nach Loch zum Erleben der "subjektiven Subjektivität" kommen.

Auf einer tieferen Ebene der historischen Wahrheit des Menschen ist die Ueberwindung des Mythos des Narkissos genauso wie später des Oedipusmythos ein Ereignis der Wahrheit. Die Tragödie dieser primären Wahrheit in der Ueberwindung des Mythos des Narkissos beinhaltet die Selbsterkenntnis, die später durch das Erkennen der oedipalen Wahrheit, eine neue weitergreifende Dimension erhält. Im Mythos des Narkissos sagt der Seher Tiresias der Mutter von Narcissus, die ihn fragt, ob das Kind Lebenschancen habe:

(1) Winnicott, D.W.: a.a.O.

"Ja, wenn er sich selbst fremd bleibt." (1) Die Frage nach der Ueberwindung des narzisstischen Mythos und seinem Gegenteil, dem unbewussten Befangenbleiben in diesem Mythos, das die reflexive Selbstwahrnehmung ausschliesst, ist somit auch eine Frage des Seins bzw. Nichtseins.

Vorläufer solcher Reflexivität ist die Spiegelstruktur in der Beziehung zur Mutter, die auf das Stadium der Symbiose folgt. Wird die "Selbst-Bespiegelung" stabil verinnerlicht, ist eine neue Stufe der Entwicklung erreicht. Die Beziehung zu einem konstanten, guten inneren "Objekt" ist gewährleistet. Das Subjekt kann sich selbst und die "Objekte" symbolisch (mental) repräsentieren.

Während es im oedipalen Drama um die Leugnung der geistig-zeugenden Rolle des Vaters bzw. des Generationenunterschiedes geht, besteht im narzisstischen Drama die Leugnung im Nichtanerkennen des andern als Person mit eigenem Recht, des Unterschiedes von Ich und Du. Die Erkenntnis des narzisstischen Dramas, der "Geworfenheit" (Heidegger) in die Welt, ist ein weitaus schmerzlicherer Prozess als die Entdeckung der oedipalen Wahrheit. Die Erkenntnis des narzisstischen Dramas bildet erst die Basis für die Erkenntnis der oedipalen Wahrheit und ist daher von weitaus grösserer Bedeutung für die Entstehung von "Wirklichkeit", weil dadurch Begegnung überhaupt erst möglich wird, denn "Begegnung ist selbst die psychische Wirklichkeit". (2)

In der Behandlung der frühen Störung wird das narzisstische Drama zum Angelpunkt der Analyse. Indem wir mit dem Patienten die Gründe, die für ihn "sinnvoll" sind, erhellen, schaffen wir eine Kontinuität des inneren Erlebens, eine Kohärenz des Verstehens und verhelfen ihm dadurch zu einem sicheren Selbstgefühl.

(1) Ovid : Metamorphosen, Drittes Buch, S. 102

(2) von Uslar, D.: Die Wirklichkeit des Psychischen, S. 19

Diese neu zu schaffende Wahrheit als Sinn wird hier als etwas verstanden, was trägt und erlaubt, dass der Patient wächst und sich immer weiter in verschiedenen Perspektiven und damit auch den anderen überhaupt erst entdeckt.

Es geht um die Entwicklung jener Regionen, die bisher niemals existierten (vergl. Loch).

Für die Handhabung dieser Aufgabe benötigen wir einerseits den analytischen Rahmen (das Setting), eine Haltung des Analytikers, die als "Holding" (Winnicott)(1) bezeichnet wird und in etwa dem Halten und Schützen der Mutter gleichkommt, die "Spiegelfunktion", die Deutung (nicht die klassische Deutung) und andererseits die Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung als Voraussetzung für das aktive Spiegeln und sinnvolle Deuten. Die Spiegelfunktion hat eine besondere Bedeutung, weil sie die passende Methode ist, um zur Validierung des einen durch den anderen zu kommen. Auch Affekte und Gefühle werden durch das Spiegeln bestätigt und der Sinn, ein Selbst zu sein, kommt durch die "Rückspiegelung durch irgend jemand zustande, dem vertraut wird und der die Abhängigkeit rechtfertigt" (2).

Bei der Sinnherstellung bedienen wir uns der Sprache, deren symbolischer Ausdruck in Form von Metaphern, Sprachbildern etc. uns in die Nähe des Noch-nie-Verstandenen bringt, auch wenn wir bisweilen in Bereiche vordringen, die die existierenden Grenzen der Sprache überschreiten (vergl. Loch).

Die Sprache der Patienten mit frühen Traumata (vor allem solchen, die in die präverbale Periode des Kindes fallen) geht vielfach über die Mitteilung von Ideen, Gefühlen und Phantasien,

(1) Winnicott, D.W.: a.a.O.

(2) Winnicott, D.W.: (zitiert bei Loch, a.a.O., S. 880)

deren unbewusste Bedeutung der Analytiker früher oder später mit gleichschwebender Aufmerksamkeit erfassen kann, hinaus. Die Sprache dieser Patienten lässt den Analytiker vor allem etwas fühlen oder etwas tun, wogegen sich der Patient selbst mit aller Macht zu wehren versucht. Der Analytiker empfängt hier etwas, was man in gleicher Weise verstehen kann wie das Tun eines kleinen Kindes, das wild und hilflos gestikuliert und schreit, um damit jemandem etwas mitzuteilen. Diese Botschaften, die der Analytiker nicht über die gesprochene Sprache erhält und die ihn etwas fühlen oder tun lassen, können vor allem durch das Auftauchen der Gegenübertragungsgefühle erfasst werden. Die Arbeit mit frühgestörten Patienten verlangt vom Analytiker grösstmögliche Offenheit und Aufnahmebereitschaft, da diese Patienten gerade auf dem Feld "früher, primitiver Objektbeziehungen" ihr wesentliches Trauma erlitten haben. Vielfach ist die analytische Haltung auf die Probe gestellt, und die gleichschwebende Aufmerksamkeit kann wegen der heftigen Gefühle im Analytiker oft nicht aufrechterhalten werden. Der Analytiker kann seine analytische Funktion meist nur zurückgewinnen, wenn er sich auf diese "primitive" Kommunikation einlässt und wenn er fähig ist, seine Gegenübertragungsgefühle ernsthaft in den Verstehensprozess einzubeziehen. Erst dann ist er in der Lage, seine sinnvermittelnde und deutende Aufgabe wieder zu erfüllen.

Das neu in Erscheinung Tretende und Verstandene muss immer - in Sprache umgesetzt - symbolisiert werden. Dadurch begünstigen wir die Entwicklung eines dritten, trennenden Elementes, eines Sinnes, das eine Beziehung zwischen den Partnern des analytischen Dialogs herstellt, gleichzeitig aber auch das Erleben des frustrierenden "bösen Objektes" möglich macht. Erst durch diese Erfahrung entwickelt sich die Permanenz des "libidinösen" oder

"guten" inneren Objektes. Bevor wir aber überhaupt für den Patienten zum enttäuschenden, "schlechten" Objekt (zu dem der Analytiker notwendigerweise wird, denn er befriedigt die Wünsche des Patienten nicht) werden, das er angreifen kann und das überlebt und diese Angriffe nicht vergelten muss, müssen wir die "Holding-function" (Winnicott) (1) ausüben, die einer mütterlichen, schützenden und hilfreichen Haltung ohne Triebbefriedigung entspricht. Dies ist bei all jenen Patienten der Fall, deren Umweltbedingungen zu einer sehr frühen Phase so ungünstig waren, dass die Entwicklung der elementaren Funktionen des Ichs ernsthaft gestört worden waren und damit auch die Fähigkeit der Affektverarbeitung und der Symbolisierung. Die primäre Trieberfahrung (nicht Triebbefriedigung) kann sich so mit dem Zustand des ruhigen Wohlbefindens verbinden, das für die Entwicklung der Existenz von einem Selbst und einem Du und für die Sicherung eines positiven Selbstgefühls von so eminent wichtiger Bedeutung ist (vergl. Loch).

(1) Winnicott, D.W.: a.a.O.

1 Zum Begriff des Narzissmus

Auch wenn die Trieblehre im Zentrum der Freudschen Theorie vom Unbewussten steht, so kann man nicht verkennen, dass sich von 1910/1914 (1) (2) an eine "metapsychologische Revolution" vollzieht. Diese Wende und die Einführung der Theorie des Narzissmus ist die Folge einer langen Auseinandersetzung mit C.G. Jung. Freud fühlte sich auf dem Gebiet der "Subjektivität" nicht wohl, musste schliesslich aber anerkennen, dass es "libidinöse" Regungen gibt, die sich auf das Selbst beziehen. Die (auto-erotische) Besetzung des Subjektes selbst war damals das, was Freud "Narzissmus" nannte.

Freud verwendet erstmals den Begriff des Narzissmus 1910, und er verstand ihn als eine Phase in der libidinösen Entwicklung Invertierter; er bezog sich dabei auf die Perversionen.

1911 benützt Freud den Begriff Narzissmus im Sinne des Selbst als eines libidinösen Objektes. Phänomene des Stolzes und der Selbstbewunderung werden damit erklärt. Diese Definition befindet sich auf der Betrachtungsebene des Triebes und beinhaltet daher ein ökonomisches Konzept.

1913 erklärt Freud mit Narzissmus eine andere Gruppe von Erscheinungen, gewisse primitive Aspekte des Denkens und Fühlens, wie den Animismus, die Magie und die Allmacht der Gedanken (3). Ferner wollte Freud am Konzept des Narzissmus vier Phänomene erklären:

-
- (1) Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, G.W. V
 - (2) Freud, S.: Zur Einführung des Narzissmus, G.W. X
 - (3) Freud, S.: Zwei Kinderlügen, G.W. VIII

1. einen Typus der Objektwahl
2. einen Modus der Objektbeziehung
3. verschiedene Aspekte der Idealbildung des Ichs
4. eine frühe Stufe der psychischen Entwicklung

Die eigentliche Geschichte der Theoriebildung über den Narzissmus beginnt mit Freuds Arbeit "Zur Einführung des Narzissmus" im Jahre 1914. Dieser Begriff bezieht sich auf die Erfahrung frühester "vollkommener" Einheit mit der Mutter. Den Ursprung des "ozeanischen Gefühls", das die Spannung zwischen Ich und Umwelt aufhebt, sieht Freud im "primären Narzissmus". In dieser klassischen Arbeit führt Freud das Ichideal zugleich mit dem Narzissmus in die psychoanalytische Theorie ein und erklärt es zum "Erben" des "primären Narzissmus". Freud schreibt:

"Der Mensch" ... "will die narzisstische Vollkommenheit seiner Kindheit nicht entbehren und" ... "sie in der neuen Form des Ichideals wieder gewinnen. Was er als sein Ideal vor sich hin projiziert, ist der Ersatz für den verlorenen Narzissmus seiner Kindheit, in der er sein eigenes Ideal war." (1)

Das Ichideal bildet die Grundlage für spätere Wert- und Idealvorstellungen, die sublimierte Abkömmlinge des "paradiesischen Omnipotenzenerlebens" im primären Narzissmus der frühen Kindheit sind. Das Konzept des Ichideals, - das im Gegensatz zum Ueber-Ich nicht eine verbietende, sondern eine wunschorientierte Instanz ist -, gewinnt seine Bedeutung für das Verständnis von Allmachts- und Ohnmachtsproblemen, von Scham und narzisstischer Kränkung, wenn die Idealziele nicht erfüllt werden. Der narzisstische Rückzug, der häufig die Folge davon ist, muss aber keineswegs pathologisch sein. Auch das gesunde Individuum kann sich zurückziehen, im Sinne einer Atempause oder eines notwendigen

(1) Freud, S.: Zur Einführung des Narzissmus, G.W. X, S. 161

Sichbesinnens, z. B. beim Tod nahestehender Personen oder bei Krankheit etc.

Die Einführung des Begriffs Ichideal lässt die Anwendung des Narzissmuskonzeptes auf das Selbstwertgefühl erkennen. Der Narzissmusbegriff wurde in den letzten fünfzig Jahren in der Psychoanalyse uneinheitlich und verwirrend verwendet. Nach den klärenden Diskussionen der letzten beiden Jahrzehnte (verbunden mit den Namen Kernberg, Balint, Joffe und Sandler, Argelander und Kohut) werden heute unter Narzissmus die unterschiedlichen Zustände des Selbstgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selber verstanden. Eine realitätsgerechte Einstellung zu sich selber zeugt von einem gesunden Narzissmus, das Gegenteil von einer narzisstischen Störung. Die narzisstische Störung kann sich, grob vereinfacht, beispielsweise in einem übertriebenen, inadäquaten Selbstwertgefühl, aber auch in übertriebenen Minderwertigkeitsgefühlen äussern. In diesem Zusammenhang ist häufig von unangemessenen Grössenvorstellungen, von einem unintegrierten "grandiosen Selbst" (Grössenselbst) die Rede.

Aus Freuds Gebrauch des Begriffes Narzissmus als ein Synonym für Selbstwertgefühl ist also die zentrale gegenwärtige Anwendung des Begriffes entstanden. Freuds Konzept des "primären Narzissmus" als Idealzustand hat, wenn auch nicht von allen Autoren anerkannt, seinen Niederschlag sowohl in der Narzissmustheorie Kohuts (1), in der Theorie des "Prinzips des Wohlbefindens" von Sandler und Joffe (2) wie auch im Narzissmuskonzept von Grunberger (3) gefunden.

Im Laufe der Entwicklung der Psychoanalyse kristallisierte sich also neben der Triebdimension eine zweite, eigenständige Dimension heraus, die narzisstisch genannt wird. Die narzisstische

(1) Kohut, H.: Narzissmus

(2) Joffe, W.G. und Sandler, J.: Ueber einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzisstischer Störungen

(3) Grunberger, B.: Vom Narzissmus zum Objekt

sion heraus, die narzistisch genannt wird. Die narzistische Regulation gewährleistet die Aufrechterhaltung eines affektiven Gleichgewichtes bezüglich der Gefühle von innerer Sicherheit, Kohärenz und Kontinuität, von Wohlbefinden, Selbstsicherheit oder Selbstwertgefühl. Dieses affektive (narzisstische) Gleichgewicht ist jedoch zu unterscheiden von der Entspannung nach einer Triebbefriedigung.

Den Triebforderungen kommt zwar in der Entwicklung von Gefühlszuständen eine grosse Rolle zu, sie werden aber auch von anderen Determinanten beeinflusst, die mit der äusseren Umgebung des Kindes zu tun haben. Spitz (1) hat in diesem Zusammenhang die Rolle des "affektiven Objektes" im ersten Lebensjahr auf sehr eindrückliche Weise beschrieben.

Die Notwendigkeit einer von den Trieben separat zu betrachtenden "narzisstischen" Dimension hat in den letzten Jahrzehnten zu einer Fülle von Theorien über das Selbst und über den Narzissmus geführt.

Einige Autoren postulieren sogar eine eigene psychische, narzisstische Instanz (2), andere gehen von einer eigens zu betrachtenden narzisstischen Entwicklungslinie aus (3).

Eine der interessantesten Neuformulierungen in der Diskussion um das Narzissmusproblem findet man in der Konzeption des "Prinzips des Wohlbefindens" von Joffe und Sandler (4), eines eigenen, übergeordneten Regulationsprinzips, das dem bekannten Lust-Unlust bzw. Lust-Realitätsprinzip zur Seite zu stellen ist. Der Begriff des Narzissmus wird hier in einen weiteren Rahmen hineingestellt, also nicht auf pathologische Formen eingeengt. Gemeint ist die

(1) Spitz, R.: Vom Säugling zum Kleinkind

(2) Grunberger, B.: a.a.O.

(3) Kohut, H.: a.a.O.

(4) Joffe, W.G. und Sandler, J.: a.a.O.

Herstellung (Regulation) eines narzisstischen Gleichgewichtes oder eines Zustandes, den man als narzisstische Homöostase bezeichnen kann. Dieser "Idealzustand", der grundlegend gefühlsbedingt ist und mit Gefühlen von Sicherheit und Geborgenheit eng verbunden ist, stellt die Gefühlskomponente dar, die dem Zustand des "primären Narzissmus" (Freud) beigeordnet ist. "Die Entwicklung des Ichs besteht in einer Entfernung vom primären Narzissmus und erzeugt ein intensives Streben, diesen wieder zu gewinnen" (1). Die Autoren schlagen vor, dass der Begriff des Narzissmus auf diesen Idealzustand und seine Verbindungen zu den Selbstrepräsentanzen, d. h. zum Selbstwertgefühl, angewendet werden sollte.

Das Idealself wird als besondere Form der Vorstellung vom Selbst verstanden, die gefühlsmässig zu jeder Lebenszeit bewusst oder unbewusst für die Verkörperung des Idealzustandes gehalten wird. Die Grundlage für die Vorstellungsanteile des Idealself können Erinnerungen früher tatsächlich erlebter Zustände des Wohlbefindens, aber auch auf solchen Zuständen aufgebaute Phantasiegebilde oder symbolartige Vorstellungen sein. Wenn diese Phantasievorstellungen Abwehrmassnahmen darstellen, ist häufig von magischen oder omnipotenten Anteilen des Idealself die Rede.

Ein Zustand psychischen Wohlbefindens liegt dann vor, wenn eine weitgehende Uebereinstimmung zwischen dem aktuellen Bild des Selbst und seiner Idealform besteht. Diese Formulierung geht vom Begriff der Selbstachtung aus und gilt auch für den sogenannten "gesunden" Narzissmus. Auf den Verlust des Wohlbefindens, ohne die Möglichkeit, diesen Verlust wieder rückgängig zu machen, reagiert das Individuum unterschiedlich. Es kann mit depressiven Reaktionen aber auch mit Symptomen oder Verhaltensweisen antworten, die Anpassungscharakter haben und das Ziel verfolgen,

(1) Freud, S.: Zur Einführung des Narzissmus, G.W. X, S. 167

den Schmerzzustand zu beseitigen. Eine beträchtliche Diskrepanz zwischen dem Bild des Selbst und seiner Idealform bewirkt seelischen Schmerz. Scham, mangelnde Selbstachtung, Minderwertigkeits- und Unwertgefühle sind weitere Ausformungen des Grundgefühles Schmerz.

Die Konflikte des Individuums beruhen hier auf einer Disharmonie zwischen aktuellem Verhalten und den angestrebten Wert- oder Idealvorstellungen von sich selbst, d. h. es liegen hier narzisstische Konflikte vor.

Im Bereich des "pathologischen Narzissmus" werden die sogenannten "narzisstischen Störungen" häufig auch als "Störungen des Selbst" (1) oder als strukturelle Störungen des Ichs bezeichnet. Darunter werden so verschiedene Krankheitsbilder wie z. B. die Borderline-Störung, die narzisstische Charakterstörung, etliche Formen der Depression und der Suchtkrankheiten, die Delinquenz usw. verstanden.

Gemeinsam ist all diesen klinischen Zustandsbildern das genetisch frühe Entstehen (frühe Störung), sowie ein Zustand des gestörten Selbsterlebens und der gestörten Selbstwertregulation. Dieser Zustand geht einher mit einer Affektstörung und einer Schwächung der Realitätsprüfung und ist verknüpft mit dem zeitweiligen Unvermögen, auf der emotionalen Ebene (nicht kognitiven) des Erlebens das Selbst vom anderen zu unterscheiden. Diese Störungen können mehr oder weniger ausgeprägt sein und rufen die unterschiedlichsten (narzisstischen) Abwehrmassnahmen auf den Plan, welche ihrerseits das jeweilige spezifische und uns erscheinende Krankheitsbild erst bestimmen. (Vergl. Kap. 11,5)

(1) Kohut, H.: a.a.O.

2 Ich und Selbst

Um den im vorhergehenden Abschnitt benützten Begriff des Selbst zu verdeutlichen, soll seine Unterscheidung vom Begriff des Ichs definiert werden.

Mit Ich ist jene Instanz gemeint, die Freud in seiner zweiten Theorie des psychischen Apparates vom Es und vom Ueber-Ich unterscheidet. Aus einer dynamischen Perspektive stellt das Ich im Konflikt den Abwehrpol der Persönlichkeit dar, es verwendet eine Reihe von Abwehrmassnahmen, die mit der Wahrnehmung schmerzlicher und unlustvoller Gefühle begründet werden (Angst-signal). Für Freud findet die Angst ihren Niederschlag im Ich. Das Ich nimmt eine vermittelnde Rolle zwischen Eigenwelt und äusserer Realität ein. Es soll "das Es gegen die Gefahren der Aussenwelt behüten" (1).

Freud sprach auch von der Selbstbehauptung, die dem Ich ob-liege. Es dient also dem Selbst als Stütze. Viele Autoren sehen als wesentliche Aufgabe des Ichs, ganz im Sinne Freuds, die Selbstidentität und Selbstkontinuität zu bewahren. Freud verwendet den Ausdruck "Selbst" nicht als definierten psychoanalytischen Begriff. In seinem uneinheitlich gebrauchten und sehr komplexen Ich-Begriff, der im Laufe der Entwicklung immer wieder neue Definitionen erhielt, ist bereits das enthalten, was man heute unter "Selbst" versteht. 1923 legt Freud dar, "dass der Charakter des Ichs ein Niederschlag der aufgegebenen Objektbesetzungen ist" ... " die Wirkungen der ersten, im frühesten Kindesalter erfolgten Identifizierungen werden allgemein und nachhaltig sein" (2). Die Lehre von den Objektbeziehungen hat also ihren Ursprung in Freuds Werk. Das Ich gewinnt hier eine vorstellungsmässige Struk-

(1) Freud, S.: Die endliche und die unendliche Analyse, G.W. XVI, S. 80

(2) Freud, S.: Das Ich und das Ueber-Ich, G.W. XIII, S. 257/258

tur, m.a.W. es konstituiert und beinhaltet eine innere "Repräsentanzenwelt" (Selbst- und Objektrepräsentanzen). Im engeren Sinn ist das Selbst das Gesamt der Selbstrepräsentanzen (der eigentliche psychoanalytische Aspekt des Selbst). Im weiteren Sinne ist das Selbst die physische und psychische Gesamtperson. Insofern das Selbst eine Welt von inneren Vorstellungsbildern ist, ist es eine Welt des Seins.

Das Ich ist nicht unmittelbar erfahrbar, aber es ist ein Organ der Erfahrung, um dem Selbst zur Wahrnehmung seiner selbst zu verhelfen. Das Ich ist im Gegensatz dazu eine Sphäre des Tuns, - es gehört dem Bereich des Denkens, Sprechens, Tuns an -, es fühlt Spannungen, reguliert die Affekte und stellt sich die inneren Bilder vom Selbst und den verinnerlichten Objekten vor, die Teil des inneren Wahrnehmungsraumes des Selbst im weiteren Sinne sind (vergl. hierzu Fetscher)(1).

(1) Fetscher, R.: Das Selbst und das Ich

3 Der primäre Zustand

Die extreme Hilflosigkeit und die totale Abhängigkeit des Menschenkindes von seiner Umwelt und seinen frühesten Bezugspersonen wurde von Freud 1926 in "Hemmung, Symptom und Angst" wie folgt beschrieben:

"Der biologische (Faktor, Anm. des Verfassers) ist die lang hingezogene Hilflosigkeit und Abhängigkeit des kleinen Menschenkindes. Die Intrauterinexistenz des Menschen erscheint gegen die meisten Tiere relativ verkürzt; es wird unfertiger als diese in die Welt geschickt. Dadurch wird der Einfluss der realen Aussenwelt verstärkt, die Differenzierung des Ichs vom Es frühzeitig gefördert, die Gefahren der Aussenwelt in ihrer Bedeutung erhöht und der Wert des Objektes, das allein gegen diese Gefahren schützen und das verlorene Intrauterinleben ersetzen kann, enorm gesteigert. Dies biologische Moment stellt also die ersten Gefahrensituationen her und schafft das Bedürfnis, geliebt zu werden, das den Menschen nicht mehr verlassen wird." (1)

Die Geburt des Menschenkindes ist faktisch eine erste Trennung von der Mutter, die aber erst viel später zu einer eigentlichen Bewusstwerdung wird. Die "psychische Geburt", d. h. das Gewahrwerden eines Selbst als kohärente Einheit und der Mutter als getrennte, unabhängige Person ist eine Errungenschaft des zweiten Lebensjahres, der ein langer Reifungsprozess in einer schrittweisen Entwicklung auf dem Weg zur Erkenntnis des Selbst und des Du in der Beziehung zu einer liebenden Pflegeperson, vorausgeht. Das Eingehen auf die von verschiedenen Autoren unterschiedlich konzipierten Differenzierungs- und Entwicklungsschritte dieser frühen Phase erscheint mir für meine Fragestellung nicht sinnvoll.

(1) Freud, S.: Hemmung, Symptom und Angst, G.W. XIV, S. 186/187

Ich komme auf Freuds These des "primären Narzissmus" zurück. Diese These postuliert einen Zustand ungetrübter Harmonie, begleitet von einem Gefühl der Omnipotenz, eine Art Urzustand von einer positiven Gefühlsbefindlichkeit und besagt ebenfalls, dass ursprünglich ein Gefühl einer grossartigen (subjektiven) Unabhängigkeit von der Umwelt vorhanden ist.

In Anlehnung an Freud meint Chasseguet-Smirgel (1), dass der Mensch diese Suche nach der Verschmelzung, die Rückkehr zum "primär-narzisstischen Glück" nie ganz aufgibt, und es eine Lücke im Leben gibt, die er sein ganzes Leben hindurch auszufüllen versucht. Dies sei ein universelles Phänomen, eine *conditio humana* und werde zum *primum movens* der Erziehung und der menschlichen Aktivität. Insofern ist das Ich-Ideal als Erbe des "primären Narzissmus" - im weitesten Sinne des Wortes - ein spezifisch anthropologisches Phänomen.

Die Aufhebung dieses narzisstischen Urzustandes oder die "Vertreibung aus dem Paradies" zwingt das Kind, auch wenn Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht durch eine sorgfältige Pflege in erträglichen Grenzen gehalten werden, zu verschiedenen Massnahmen. Es bewahrt sich z. B. die Illusion der Vollkommenheit, indem es in sich die Bilder bzw. Repräsentanzen eines grandiosen Selbst und idealisierter Eltern aufbaut und kann lange Zeit auf diese Illusion nicht verzichten. Das Kind wendet sich dem liebenden "Objekt" zu, das es mit seiner verlorenen Allmacht ausstattet. In der Idealisierung der allmächtigen Eltern nimmt das Kind Anteil an deren Allmacht, mit der es sich wiederum identifiziert. Erst viel später, mit zunehmender Ich-Entwicklung, kann das Kind sukzessiv auf diese "illusionäre Omnipotenz" verzichten und realitäts-gerechtere Bilder von sich und der Welt integrieren. Durch die

(1) Chasseguet-Smirgel, J.: Das Ichideal

Erfahrung früher und starker Traumatisierungen - ohne die Möglichkeit, diese mit Hilfe der Bezugsperson wieder rückgängig zu machen -, wird diese notwendige Erfahrung einer illusionären Allmacht frühzeitig gestört. Es kommt zur Bildung eines unintegrierten, abgespaltenen "Grössenselbst".

Bei den Patienten mit frühen Störungen können wir aus der Lebensgeschichte - nicht im Sinne einer objektiven Wahrheit - erschliessen, dass es in deren behütender Umwelt ein relatives Defizit gegeben hat, das unterschiedliche Formen annehmen kann. Es wird z. B. gesagt, dass die Mütter solcher Patienten kein oder wenig Einfühlungsvermögen hatten, übermässig aufdringlich waren oder ihr Kind zu eigenen narzisstischen Zwecken missbrauchen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Kinder ungenügend vor eigener Reizüberflutung, vor schmerzlichen Angriffen aus der Umgebung oder vor übermässiger sexueller Stimulierung geschützt wurden. Obwohl die Form des elterlichen Versagens unterschiedlich sein kann, kann es zur Ausbildung eines frühreifen Selbstgefühls kommen, das seine Verletzlichkeit bewahrt und durch Omnipotenz- oder Grössenphantasien aufrecht erhalten werden muss. Ebenso kann sich ein konstitutioneller Faktor günstig oder weniger günstig auf die Ausbildung der Krankheit einwirken.

Die Auffassung von Melanie Klein (1), die besagt, dass es zwei entscheidende Entwicklungsstadien im Leben des Kleinkindes gibt, nämlich die Annahme einer zunächst "paranoid-schizoiden" und später einer "depressiven Position", hat mir in meiner Arbeit weitere Verständnismöglichkeiten und Perspektiven, auch für den Umgang mit der Gegenübertragung, gebracht.

(1) Klein, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes

Diese genetische Perspektive wirft ein neues Licht auf die "primitiven" Abwehrmassnahmen, denen wir in der Behandlung mit diesen Patienten begegnen, ihren speziell gefärbten Beziehungsformen und insbesondere der aggressiven Problematik in der frühen Störung.

Beide Positionen gehören zur normalen Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. Melanie Klein (1) untersuchte, wie das Kind je nach Entwicklungsniveau auf Frustrationen reagiert, d. h. wie es jeweils mit aggressiven Spannungen umgeht. Das Kind reagiert in der Regel auf Frustration mit Wut und je nach Entwicklungsstand, mit verschiedenen sadistischen Phantasien, denen es umso hilfloser ausgeliefert ist, je unreifer sein Ich noch ist, je geringer es sich gegen diese inneren Spannungen wehren bzw. Widerstand leisten kann.

Das Kind in der "paranoid-schizoiden Position" ist das Opfer seiner sadistischen Impulse. Um die innere Spannung zu lindern, muss nun alles, was "schlecht" ist und als unlustvoll erlebt wird, nach "ausen" projiziert werden. Die vom Säugling nach aussen projizierten "bösen" Anteile ("Teilobjekte") werden als verfolgend erlebt und wiederum einverleibt. Werden die Bedürfnisse des Kindes gestillt, können auch "gute Teilobjekte" einverleibt werden, die die sadistischen Impulse zähmen.

Nach und nach wird das Kind fähig, in der Aussenwelt "ganze" Personen wahrzunehmen. Es kann Schmerz und Trauer über den Verlust der liebenden Person empfinden. In dem Masse, wie das Kind eine als ganz erlebte Person lieben kann, entsteht in ihm das sichere Gefühl, geliebt zu werden, also liebenswert zu sein. Die zentrale Angstsituation in dieser Zeit besteht nun darin, das

(1) Die Zusammenfassung der beiden Positionen von M. Klein entnehme ich wegen ihrer dort vorhandenen Anschaulichkeit einer Arbeit von M. Eicke-Spengler: Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression

das "gute Objekt" zu verlieren, was gleichbedeutend mit dem Verlust aller Sicherheit und Güte ist. Diese zentrale Angstsituation bildet den Kern der "depressiven Position", in der die primitiven Projektions- und Spaltungsmechanismen zunehmend zugunsten einer Integration von "bösen" und "guten" Selbstanteilen aufgegeben werden. Hat das Kind die depressive Position erreicht, so ist es erstmals zur Sorge um den Anderen fähig. Es erlebt sowohl Gefühle von Besorgnis, Angst vor Verlust und Sehnsucht nach der geliebten Person, wie auch Verfolgungsängste aufgrund der eigenen sadistischen Impulse. Können die sadistischen Impulse mit Hilfe einer liebenden Person nicht genügend gezähmt werden, so erlebt das Kind sich selbst als "böse" und nicht liebenswert.

Da intensive Gefühle der Abhängigkeit nun erlebt werden können, wird sichtbar, dass das Kind nun zwischen sich und der Welt, zwischen Ich und Du, unterscheiden kann. Ängste der Ambivalenz, Liebe und Hass, können jetzt gefühlt werden.

Um mit Heidegger zu reden, hat das Kind von seiner "Geworfenheit" in die Welt Kenntnis genommen. Es ist nun fähig, "Wünsche" zu haben, die sich an jemanden richten. Das In-der-Welt-Sein wird primär als Wunschwelt entworfen. Was im "wünschenden Nachhängen" existiert, wird zur "wirklichen Welt". Heidegger schreibt dazu:

"Das Wünschen ist eine existentielle Modifikation des verstehenden Sichertwerfens, das, der Geworfenheit verfallen, den Möglichkeiten lediglich noch nachhängt." ... "was im wünschenden Nachhängen 'da' ist, wird zur 'wirklichen Welt'. Wünschen setzt ontologisch Sorge voraus." (1)

Die depressive Position entwickelt sich zeitlich zwischen der spätoralen und der frühanal Phase. Das grosse Problem, wie liebt man, ohne durch Hass zu zerstören, ist hier von zentraler Bedeutung und ist ein Bestandteil der Sorge.

(1) Heidegger, M.: Sein und Zeit, S. 195

Auf die Behandlung bezogen, heisst dies, grob vereinfacht: der Patient, dessen Erlebnisschwerpunkt auf der paranoid-schizoiden Position liegt, erlebt den Therapeuten als "böse", verfolgend und als Urheber aller seiner Probleme. Dies löst enorme Ängste im Patienten aus. Er identifiziert sich mit den auf den Therapeuten projizierten Anteilen und wird nun selbst zum Angreifer.

In der depressiven Position liebt der Patient den Analytiker, ist besorgt um ihn und hat Angst, ihn vor allem durch seinen Hass zu verlieren. Der Patient kann sich selbst sowohl als liebend wie auch als hassend erleben. Oft aber kann er, wenn diese Position noch nicht genügend stabilisiert ist, seine Hassgefühle nicht ertragen und regrediert auf die frühere, die paranoid-schizoide Position, in der projektive und Spaltungsmassnahmen als Schutz an der Tagesordnung sind.

In einer gelungenen Analyse der frühen Störung sollte die depressive Position erreicht werden können. Der Patient kann dann den Analytiker lieben, auch wenn er nicht immer so ist, wie er sich ihn wünscht. Ebenso ist er in der Lage, sich selbst zu akzeptieren, auch wenn er nicht immer so ist, wie er es sich von sich selbst wünscht, Fehler und Grenzen hat (vergl. Eicke).

Eines der wichtigsten Ziele in der Behandlung der frühen Störungen ist es, zum Trauern und zur Sorge fähig zu werden.

4 Allgemeine Aspekte der frühen Störung

Der in unterschiedlichem Ausmass latent oder manifest wirksame emotionale Spannungszustand und das zeitweilige Unvermögen, auf der emotionalen (nicht intellektuellen) Ebene des Verstehens eine Trennung zwischen Innen- und Aussenwelt herzustellen, führt diese Patienten in beträchtliche Beziehungsschwierigkeiten. Die Aussenwelt wird als Teil des Selbst verzerrt oder das Selbst als Teil der Aussenwelt erlebt. Im Gegensatz zur Psychose ist aber die Beziehung zur Realität auf der kognitiven Ebene der Wahrnehmung nicht gestört.

Diese emotionale Wahrnehmungsverzerrung führt zu einem gestörten Einfühlungsvermögen in andere Menschen. Oft kann der Patient nur grob verstehen, was der Sinn dieser oder jener menschlichen Situation ist. Das kann zu teilweise grotesken Verkennungen des Verhaltens von Partnern oder Angehörigen führen. In der Behandlung zeigen sich ähnliche Probleme in der Beziehung zum Analytiker, was zu Missverständnissen, vor allem aber auch zu Enttäuschungen Anlass gibt. Konkret besteht die Schwierigkeit, das Tun des Anderen nicht auf sich selbst zu beziehen, sondern ihn als autonome Person mit eigenem Recht anzuerkennen. In diesem Sinne können auch Komplimente, Lob und Kritik schlecht ertragen werden. Komplimente führen zu einer emotionalen Uebererregung, jegliches In-Frage-Gestellt-Werden erzeugt intensive Ängste und verlangt nach sofortigen Schutz- oder Notfallmassnahmen, die in verschiedenen Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen, wie beispielsweise im narzisstischen Rückzug, in der Anklammerung, in der Entwertung anderer Personen, in Sucht oder perversem Verhalten etc. Vielfach wird im Rückzug von der Aussenwelt eine

Verschmelzung mit Phantasieobjekten gesucht, die dann den Charakter von Grössenphantasien haben. In der Psychoanalyse spricht man in bezug auf diese Verhaltensweisen von den sogenannten narzisstischen Modi der Abwehr, welche je nach dem Schweregrad der Störung unterschiedliche Form und Ausprägung annehmen können.

Auf diese Weise kann sich schwerlich eine Korrektur in der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung der Welt des anderen vollziehen. Der narzisstisch gestörte Mensch befindet sich in einem Teufelskreis und manövriert sich in eine immer grösser werdende Isolation hinein. Oft kann er sich in dieser Gefangenschaft nur über Wasser halten, wenn er sich kompensatorisch eine Phantasie-traumwelt mit Hilfe seines kindlichen, nicht integrierten Grössenselbst aufbaut. Eine Patientin tagträumt z. B. anlässlich geringfügiger, alltäglicher Frustrationen wiederholt, sie befände sich in einem Raumschiff, mit dem sie das ganze Planetensystem und die Erde unter ihrer Gewalt habe.

Aber die Kluft zwischen Real- und Phantasiewelt ist dem narzisstisch gestörten Menschen oder dem Patienten mit der frühen Störung im Gegensatz zum Psychotiker nur allzu schmerzlich bewusst, es sei denn, er habe sein Grössenselbst innerhalb einer narzisstischen Charakterentwicklung integriert, die ihm Verhaltensweisen erlaubt, welche nicht als ich-fremd erlebt werden. Angelander (1) hat in einer ausgezeichneten Fallstudie einen solchen narzisstischen Charaktertypus beschrieben.

Ein weiteres Merkmal der frühen Störung ist die Schwierigkeit, Affekte angemessen unter Kontrolle zu halten, d. h. der Patient ist nicht "Herr im Haus" der eigenen Affekte und Stimmungen,

(1) Angelander, H.: Der Flieger. Eine psychoanalytische Fallstudie

sondern er wird von diesen beherrscht (Fragilität des Ichs). Gefühle der Leere, der Depression, des eigenen Unwertes etc., wechseln mit Panikzuständen und Wutausbrüchen ab oder mit Erlebnisweisen manischer Art wie der Euphorie, des Sich-Erhaben-Fühlens und der Omnipotenz, obwohl zeitweilig auch der Eindruck einer emotionalen Starre entstehen kann. Im zwischenmenschlichen Kontakt fehlt in der Regel eine natürliche Herzlichkeit. Die Affekte werden nicht wie in der Neurose verdrängt, sondern abgespalten, um sich auf einer anderen Ebene, z. B. in der Somatisierung, im "Agieren" oder in einer perversen Handlung ein Äquivalent zu suchen.

Die Grundbefindlichkeit des Misstrauens und der Abhängigkeit anderen Menschen gegenüber macht den eigentlichen Kern des subjektiven Erlebens dieser Patienten aus: sie sind unterschwellig immer von einer starken freiflottierenden Lebensangst begleitet, die sich dann etwa als Verlassenheits-, Verfolgungs- und Vernichtungsangst manifestieren kann. Weil auf nichts zu vertrauen ist, muss die Umwelt in überstarkem Masse gefürchtet, kontrolliert und beobachtet werden.

Sowohl das Erleben des Getrenntseins von der Welt, der echten Einsamkeit, die zur *conditio humana* gehört, als auch das beglückende Erlebnis der tiefen Begegnung mit einem Du, ist beträchtlich erschwert. Alleinsein und Zusammensein werden beide als bedrohlich erlebt, weil Bindungs- und Trennungsängste bestehen, die mit Verschmelzungs- und Vernichtungsphantasien in beängstigender Weise verknüpft sind.

Weil die konstante Wertschätzung des Selbst und des anderen fehlt, können tiefe menschliche Beziehungen nicht als Quelle des

Glücks und der Lebenskraft erlebt, Intimität in der Zweisamkeit nicht hergestellt werden.

Eine Aussage eines Patienten illustriert diese bedrohliche Nähe, seine Abhängigkeit von den anderen, die schwache Identität und die mangelhafte Trennung zwischen Aussen- und Innenwelt: "Ich bin wie ein Ball aus vielen kleinen Spiegeln. Die Facetten spiegeln die Wirklichkeit der anderen. Ich bin ein Instrument der anderen. Ich habe keine Berechtigung zu einer eigenen Existenz. Wenn ich an einem Gespräch teilnehme, versuche ich immer, die Normen und Werte der anderen herauszufinden, dann weiss ich, was ich sagen muss, um eine Existenzberechtigung zu haben."

5 Die narzisstischen Modi der Abwehr

Wegen der Fragilität seines Ichs ist der Patient mit der frühen Störung oft nicht in der Lage, mit irgendeinem starken Gefühl fertig zu werden. Hass, Erregung, Angst usw. trennen sich wie Fremdkörper ab, werden externalisiert oder z. B. in einem Körperorgan lokalisiert, weil es keine entsprechenden, die Affekte bindenden Symbolisierungen (Repräsentanzen von guten Objekten) gibt. Das Ich greift notfallmässig zu früheren, damals phasenadäquaten, heute pathologischen "primitiven Abwehr- und Verarbeitungsmodi" zurück. Auf einer phänomenologischen Betrachtungsebene handelt es sich um Rückgriffe auf defensive Notfall- und Ersatzbefriedigungsreaktionen psychotischer, narzisstisch zurückgezogener, dissozialer, süchtiger, perverser oder psychosomatischer Art.

Ueber diese frühen Abwehrmodi wissen wir noch sehr wenig, analog der noch unterentwickelten Affekttheorie in der Psychoanalyse. Hilfreich für das Verständnis sind aber die Konzepte der Spaltung, der Verleugnung, der Projektion, der Introjektion und der projektiven Identifizierung (diese Begriffe entstammen den psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien), die von Freud, später von Melanie Klein und anderen Autoren als Hauptmechanismen in der ganz frühen, affektiven psychischen Organisation des Säuglings beschrieben wurden. Diese "primitiven" Abwehrmechanismen gehören zur "paranoid-schizoiden" Position (vergl. Kap. II,3), in der noch nicht genügend zwischen Innen- und Aussenwelt unterschieden werden kann. Sie sind Grundmethoden der Strukturierung der Erfahrung von Welt, eigentliche frühe, affektive "Erkenntnisakte", die aufgrund ihres vorsprachlichen, noch nicht symbolisierenden Charakters als "primitiv", weil einfach, bezeichnet werden.

Bevor ich zu den von der Psychoanalyse beschriebenen frühen Modi der Abwehr komme, möchte ich noch ein paar Gedanken über die Vorläufer der Symbole im Zusammenhang mit der epigenetischen Erkenntnistheorie anfügen. Ich habe nicht die Absicht, an dieser Stelle Piaget's Theorie über die kognitive Entwicklung auszuführen, sondern lediglich einige Entwicklungsschritte bis hin zur Fähigkeit zur symbolischen Repräsentation gedanklich auf die affektive Entwicklung der ganz frühen senso-motorischen Phase zu übertragen.

Ich gehe also mit Piaget (1) davon aus, dass das Kind erst in dem Alter, in dem die Sprachtätigkeit einsetzt, über ein relativ stabiles inneres Repräsentationssystem verfügt. Dies verhilft ihm dazu, die Welt, seine Erfahrungen und seine Bezugspersonen in der Form zu strukturieren, dass es sich eigene Vorstellungen im Sinne von mentalen Bildern machen kann. Die Fähigkeit, sich in Abwesenheit der Mutter ein Bild von der Mutter oder eine befriedigende Interaktion mit ihr vorzustellen, ist eine Errungenschaft des zweiten Lebensjahres, in der das Kind die sogenannte Objektkonstanz oder Permanenz des (hier) "affektiven Objektes" erreicht. Mit andern Worten, wenn die Mutter abwesend ist, ist sie für das ganz kleine Kind "wirklich" abwesend. Hat das Kind die "Objektkonstanz" erreicht, was man z. B. daran erkennt, dass es eine körperliche Bewegung, die eine neue Person, etwa der Grossvater, vor ihm ausführt, einen Tag später selbst imitiert, ist es gleichzeitig in der Lage, Symbole zu benutzen, d. h. zwischen einem Zeichen oder mentalen Bild, Wort bzw. Bezeichnendem und dem Bezeichneten (dem konkreten Objekt), zu unterscheiden. Zu diesem Zeitpunkt kann es seine Affekte, Gefühle usw. an solche

(1) Ich beziehe mich hier auf meine Lizentiatsarbeit, in der ich mich mit der Theorie der symbolischen Repräsentation im Werke von Jean Piaget beschäftigt habe (Universität Zürich, 1978)

Symbole heften. Dies sind dann affektive Bedeutungsträger, die es auch im Spiel wiederum benützen kann. Seine Affekte bekommen also von diesem Zeitpunkt an eine "repräsentative" Qualität, sowie eine gewisse Permanenz. Vor dieser Phase sind die Affekte mehr oder weniger zufällig und daher flüchtig, d. h. abhängig von der Perzeption äusserer Ereignisse. Das Kind muss in irgendeiner Form sensorisch mit der Mutter in Interaktion sein, sie riechen, berühren, saugen etc., um seinen Gefühlen eine Richtung zu geben, bzw. eine minimale Gefühlstruktur erreichen zu können. Auch wenn das Kind im ersten Lebensjahr noch nicht über die Fähigkeit zu symbolisieren verfügt, so schafft es dennoch seine eigenen Bedeutungsträger in der Umwelt.

Dies sind Vorstufen zu den mentalen Symbolen. Piaget unterscheidet die "Signale" (für die ersten drei Monate) und die späteren "Indikatoren". Die Brustwarze, die Haut der Mutter oder die körperliche Lage des Stillens sind Signale, die einen Reflex auslösen und die affektive Bedeutung einer befriedigenden Interaktion mit der Mutter haben. Ein Indikator ist ein etwas stärker differenziertes Zeichen, z. B. ein Geräusch oder eine Bewegung der Mutter oder das Sehen der Milchflasche. Ist beispielsweise die abwesende Mutter in der Küche und fängt der Säugling etwa im Alter von 4-6 Monaten an, ein Verlangen in Form einer noch eher ungerichteten Bedürfnisspannung nach ihr zu spüren, reduziert sich diese Spannung oder dieser körperliche und affektive Erregungszustand sogleich, wenn der Säugling aus der Küche Geräusche hört, die er mit der Mutter in einen Bedeutungszusammenhang bringen kann; im Idealfall, in den Bedeutungszusammenhang des Wohlbefindens und der Sicherheit, sowie der körperlichen Befriedigung. Diese Geräusche sind also Bedeutungsträger, die die zunächst ungerichteten Affekte des Kindes binden und es dadurch

beruhigen. Diese kleinen Zeichen in der Umwelt erinnern das Kind an die Mutter, helfen ihm, eine Vorstellung der Interaktion mit ihr für eine gewisse Zeit selbst in fragmentarischer Form zu evozieren (etwa für die Dauer des Geräusches). Ist das Kind zusätzlich in einem Hungerzustand, wird es ab einem gewissen Alter auch unterscheiden können, ob die Mutter gerade die Milchflasche zubereitet oder nicht. Es kann verschiedene Geräusche unter der Bedingung differenzieren, dass sie mit seinen Verhaltensschemata in Zusammenhang stehen. Anhand einer Kette akustischer, optischer und anderer Wahrnehmungen kann das Kind seine psychische und körperliche Bedürfnisbefriedigung antizipieren. Es lernt also in einem gewissen Masse, Spannungen auszuhalten und sein Unbehagen ein Stück weit zu reduzieren, indem es Handlungen antizipiert; dies allerdings immer in Abhängigkeit von der Umwelt. Immer aber, und das scheint mit bedeutend, sind diese Spannungsreduktionen an Sinneswahrnehmungen geknüpft, d. h. deren Bedeutungsträger haben jeweils eine enge Beziehung zum Körper (im Gegensatz zur Phantasie).

Man kann sich vorstellen, dass diese Fähigkeit der Spannungstoleranz und der Gefühlsstrukturierung sehr viel leichter erworben und stabilisiert werden kann, wenn die Umwelt des Säuglings "einfach strukturiert" ist, er also nicht mit Reizüberflutungen zu kämpfen hat, z. B. sich die gleichen Handlungen in einer ruhigen Atmosphäre mit einer konstanten, ruhigen, auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten Bezugsperson abspielen.

Diese Fähigkeit zur Spannungstoleranz ist gerade bei den Patienten mit der frühen Störung in mangelhafter Weise entwickelt. Während der analytischen Behandlung, in der frühkindliche Spannungszustände normalerweise reaktiviert werden, kann es vorkommen, dass sich der Patient ähnliche - wie oben beschrieben -

"Bedeutungsträger" in der analytischen Situation verschafft. Ich denke z. B. an eine junge Patientin, die ihre grosse körperliche Spannung teilweise als Panikzustand erlebte, in den sie vor allem am Wochenende und während der Ferien geriet. Sie versuchte diesen Zustand in der Weise zu reduzieren, dass sie meine von Hand geschriebene Rechnung zu sich nahm oder meinen Namen im Telefonbuch suchte. Sie schuf sich also ihre eigenen emotionalen "Bedeutungsträger". Meine Rechnung war ein Aequivalent für Sicherheit und Geborgenheit und befreite sie aus einer unlustvollen Spannung, so dass sie sich auch die nächste Stunde bei mir besser vorstellen und ruhiger darauf warten konnte.

Eine andere Patientin hatte die Gewohnheit, meine Kleider, die Farbe meiner Strümpfe oder meine Schuhe in einer Weise wahrzunehmen, die ich für sehr ungewöhnlich hielt: dies irritierte mich in der Gegenübertragung, weil ich darin etwas Besitzergreifendes zu verspüren glaubte. Mir schien, als würde sie meine Kleidungsstücke in sich aufsaugen wollen und - als bereite es ihr ein besonderes Vergnügen -, sie so oft als möglich anzuschauen. Erst als ich verstand, dass sie diese optischen Sinneseindrücke im Sinne von Uebergangsobjekten (Winnicott) oder analog den vorher beschriebenen Bedeutungsträgern benutzte, um "etwas" von mir mitzunehmen, sich einzuverleiben und dass dies suchartigen und spannungsreduzierenden Charakter hatte, konnte ich ihr auf dieser Ebene mein Verstehen mitteilen, worauf die Patientin sich selber beruhigte und sukzessiv darauf verzichten konnte.

Fallbeispiele können hier aus Diskretionsgründen nicht weiter ausgeführt werden. Sie geben die analytische Situation sehr unvollständig und nur in fragmentarischer Form wieder, können also niemals der ganzen Komplexität von Uebertragung und Gegenübertragung gerecht werden. Ebenfalls sind die Interventionen vereinfacht, weil exemplarisch dargestellt und in diesem Kontext selbstverständlich unvollständig formuliert.

Ich komme zurück zur frühen Entwicklung: Verläuft die frühe Entwicklung des Kindes in günstigen Bahnen, d. h. ist es nicht unbewältigbaren Erregungs- und Spannungszuständen ausgesetzt, so kann es mit der Zeit den Gebrauch dieser "primitiven" - weil mit körperlichen Elementen verbundenen - Bedeutungsträgern fallenlassen und reifere, sich auf der mentalen Repräsentationsebene bewegende "Symbole" (Bilder, Worte, etc.) benutzen, um seine Affekte zu kanalisieren und zu strukturieren. Affektive Spannungszustände werden nun nicht mehr über eine Handlung oder deren unmittelbare Antizipation wahrgenommen, sondern bekommen eine "affektive Repräsentanz", werden als Wunsch oder Bedürfnis verspürt und via Phantasie verarbeitet. Vor allem ist das Kind mittels dieser neuen Fähigkeit zu symbolisieren in der Lage, seine Gefühle als zu ihm gehörig zu erleben, weil es zwischen sich und aussen trennen kann. In der Behandlung der frühen Störung versieht der Analytiker mit Hilfe seiner spezifisch gearteten Wahrnehmungskompetenz diese Aufgabe stellvertretend für den Patienten, - im Sinne der Hilfs-Ich-Funktion - solange, bis der Patient diese selbst zu übernehmen in der Lage ist.

Ich werde nun anschliessend die typischen psychoanalytischen Abwehrmechanismen der Patienten mit der frühen Störung aufführen, nämlich vor allem die "Spaltung" und die "projektive Identifizierung", die beide von der Verleugnung und der "primitiven Idealisierung" unterstützt werden.

A Die Spaltung

Der psychische Mechanismus der Spaltung beruht auf einem einfachen Vorgang der Aufteilung der Erfahrung von Welt in einerseits schmerzliche, erschreckende, unlustvolle, gefährliche und andererseits beruhigende, besänftigende, sicherheitsspendende Zustände. Der Säugling benutzt diese Vorgehensweise in der sogenannten paranoid-schizoiden Phase seiner Entwicklung und braucht dazu projektive Phantasien, um Eigenes, meist Unlustvolles oder "Schlechtes" auszustossen und introjektive Phantasien, um sich "Gutes", z. B. auch Fremdes, einzuverleiben. Das "Innen" steht in der Regel für das "Gute" und Lustvolle, das "Aussen" hingegen für alles "Schlechte", Unlustvolle oder das "Böse".

Freud entwickelte den Begriff der Spaltung vor allem im Rahmen von Reflexionen über die Psychosen und den Fetischismus als Perversion, in den Schriften über den Fetischismus (1927) (1), in der "Ichspaltung im Abwehrvorgang" (1938) (2) und im "Abriss der Psychoanalyse" (1938) (3). Er definierte die Ichspaltung als die lebenslange Koexistenz zweier implizit bewusster, gegensätzlicher Dispositionen oder Ichzustände, die einander nicht beeinflussen. Die eine Haltung bejaht die Realität, die andere setzt eine Wunschproduktion an ihre Stelle. Freud hat den Ausdruck der Spaltung also vor allem für die Tatsache gebraucht, dass der Mensch sich unter dem einen oder anderen Aspekt psychisch in sich selbst teilt. Von da ausgehend, betont Freud immer mehr die Existenz eines weiteren Mechanismus, nämlich die Verleugnung. Sie gehört zur Spaltung, und deren Prototyp ist die Verleugnung der Kastration (des Weibes im Fetischismus). Eine der Besonderheiten

(1) Freud, S.: Fetischismus, G.W. XIV

(2) Freud, S.: Die Ichspaltung im Abwehrvorgang, G.W. XVII

(3) Freud, S.: Abriss der Psychoanalyse, G.W. XVII

der Spaltung ist, dass es nicht zu einer Kompromissbildung zwischen den beiden Haltungen kommt. Die Logik des Widerspruchs ist also hier ausgeschaltet, beide Zustände werden gleichzeitig toleriert, ohne dass zwischen ihnen eine dialektische Beziehung entstünde.

Die Spaltung als zentraler Mechanismus in der frühen Störung dient der Vermeidung des Zusammentreffens zweier inkompatibler Inhalte. Es wird z. B. vermieden, dass das Bild einer warmherzigen, gütigen, auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten Mutter mit dem Bild einer abweisenden, kalten, strafenden oder entwertenden Mutter in Berührung kommt. Letztlich geht es um die Sicherstellung und das Bewahren des so wichtigen inneren "guten Objektes", das allein das Weiterleben des "guten Selbst" und damit eines positiven Selbstgefühls, garantiert.

Der Patient mit der frühen Störung macht also in der Regel eine klare, strenge Trennung zwischen "gut" und "böse". Diese gegensätzlichen affektiven Qualitäten können z. B. auf Personen bezogen werden, von denen die eine idealisiert, die andere verachtet wird, oder "innen" und "aussen" werden mit diesen Attributen verknüpft. Beide Aspekte können aber auch in grosser Geschwindigkeit einander abwechseln, so dass z. B. eine Person heute hochgepriesen und verehrt, morgen verdammt, getadelt und gehasst wird. Nicht nur die Bezugspersonen, auch das Selbstbild ist dann solchen verheerenden Schwankungen unterworfen. Hinsichtlich der Zuweisung von gut und böse zu innen und aussen habe ich eine magersüchtige Patientin vor Augen, die sich in der Weise verhielt, dass sie alle Aktivitäten, die einen Austausch mit anderen beinhaltet hätten, auf ein absolutes Minimum reduzierte. Nach der Arbeit ging sie sofort nach Hause, kochte für die Familie, ass

selbst gerade nur soviel, wie ihr Körper zum Ueberleben benötigte. Lustvolle Aktivitäten (geselliges Zusammensein, Sport, etc.) versagte sie sich, weil diese Tätigkeiten, so meinte sie, immer mit Konsum und Energieverbrauch verbunden seien. Unsere von der Zerstörung bedrohte Umwelt konnte ihrer Meinung nach nur durch extremen Verzicht gerettet werden. Ihre fast autistische soziale Isolation und ihr skelettartiger Körper waren selbstzerstörerisch. In Wirklichkeit konnte die Welt, das "Aussen", ihr also nichts "Gutes" bringen, nicht einmal der Psychoanalytiker, an dessen Fähigkeit, ihr zu helfen, sie gleich im Erstgespräch zweifelte. Sie musste sich mit Hilfe einer fast totalen Askese (mit Ausnahme der abgewogenen Lebensmittel zum Ueberleben) vor dem "Bösen" schützen. Auf diese Weise gelang es ihr, ihre Umwelt und alles von aussen Kommende fast völlig unter Kontrolle zu halten. Damit begab sie sich aber in eine Sonderstellung, die sie zwar beunruhigte, weil sie doch in ihrem Alter Kontakt haben "sollte", um der Norm zu entsprechen, sie aber dennoch kein echtes Bedürfnis danach zu haben schien und es eigentlich vorzog, in ihrer fast autistischen Lebensweise zu verharren.

B Die projektive Identifizierung

In den folgenden Ausführungen lehne ich mich an die Beschreibung von T. Odgen (1) an. Die projektive Identifizierung unterscheidet sich sowohl von der Projektion als auch von der Identifizierung. Mit ihrer Hilfe wird die Spaltung unterstützt, indem einerseits die "schlechten" Teile des Selbst in eine andere Person "deponiert" werden, um so das Selbst vor der Zerstörung zu bewahren, andererseits werden z. B. "gute" Teile des Selbst einer Schutzperson übergeben. Hierzu eine Aussage eines Patienten: "Ich mag diesen Raum, es ist so eine wohltuende Ruhe darin. Die Dinge, die ich Ihnen aus meinem Leben erzähle, auch meine ganze Last, übergebe ich Ihnen und ich weiss, dass sie hier gut aufgehoben sind, bis ich wiederkomme. Wenn ich dann wieder hier bin, werde ich an die Dinge, die Sie von mir wissen, erinnert, durch die Gegenstände, die ich hier im Raum sehe. Es ist schön zu denken, dass sie bei Ihnen gut aufgehoben sind." Der Arbeitsraum ist hier - stellvertretend für den Analytiker - zum beschützenden "Behälter" geworden und für alles, was den Patienten bewegt. Gleichsam einer Ablagerung lässt er es beim Therapeuten und fühlt sich davon wie befreit und geschützt. Natürlich ist dies nur solange der Fall, als der Patient die idealisierende Uebertragung aufrechterhalten kann.

Bei der projektiven Identifizierung, in der also sowohl das "Gute" als auch das "Böse" ausgestossen und abgespalten wird, wird es in eine andere Person deponiert. Diese Person wird dann von aussen kontrolliert, und in einem zweiten Schritt identifiziert man sich wiederum mit dieser Person. Charakteristisch ist hierbei die

(1) Odgen, T.: On projective Identification, S. 357-373

Grenzvermischung von Subjekt und Objekt, so dass es zu einem Gefühl des Einsseins mit dem Objekt kommt. Hier unterscheidet sich die projektive Identifizierung von der Projektion. Bei letzterer fühlt sich der Projizierende vom Objekt entfremdet, bedroht, verwirrt oder ohne Beziehung. Bei der projektiven Identifizierung erliegt der Projektionsträger durch eine Vielzahl von Interaktionen einem erheblichen psychischen Druck in dem Sinne, sich der Phantasie des Projizierenden entsprechend verhalten zu müssen. Der Analytiker kann sich dazu manipuliert fühlen, einen Teil in der Phantasie des Patienten zu spielen, so schwer erkenntlich dies auch immer sein mag.

Hier spielt das Wirken der Struktur des frühkindlichen magischen Denkens, in dem Gedanken und Gefühle Dinge mit Eigenleben sind, eine wesentliche Rolle.

In der psychoanalytischen Behandlung werden die "bösen" Teile des Selbst externalisiert, in den Therapeuten verlagert. In der Folge muss nun der Patient den Kampf gegen diese "bösen" Teile im Analytiker aufnehmen, mit dem er sich identifiziert. Der Patient wird also selbst mit der Ueberzeugung zum Aggressor, er sei der Erste, der angegriffen wurde. Der Therapeut erlebt sich so vielfach in irrationaler Weise beschuldigt und beschämt und kann unter Umständen seine Gegenübertragung, die von aggressiven Elementen durchsetzt ist, nur schwer unter Kontrolle halten. Nur das Wissen um die Bedeutung seiner Gegenübertragung, das Verständnis seiner Angst als Angst des Patienten vor seiner unermesslichen Wut und Depression, kann ihn vor heftigen Gegenübertragungsreaktionen schützen. Odgen meint in diesem Zusammenhang:

"Der Therapeut lebt mit den Gefühlen, die der Patient in ihm weckt, z. B. hoffnungslos, nicht liebenswert, unbehandelbar, nicht bemutterbar zu sein. Er muss fähig sein,

Gefühle von Wertlosigkeit seiner selbst und seiner Arbeit für diesen Patienten zu ertragen, nicht zu agieren oder die Therapie abubrechen." ... "Die Wahrheit, die der Patient über sich darstellt, muss als ein Uebergangsphänomen (Winnicott) aufgefasst werden, wo es nicht zur Streitfrage wird, ob des Patienten Wahrheit Realität oder Phantasie sei. Sie ist beides: subjektiv und objektiv zugleich." (1)

Eine Analysandin, deren schweigende Rückzüge einen grossen Teil ihres Verhaltens in der Behandlung ausmachten, äusserte sich in der Weise, dass sie überzeugt davon war, mich durch ihr Schweigen in eine Sackgasse zu bringen, von woher sie nicht mehr bedroht werden könnte. Ich könne so meine berufliche Tätigkeit nicht ausüben und sie habe sie auf diese Weise unter Kontrolle. Gleichzeitig wünschte sich die Patientin, ich möge an ihrer Stelle reden, beklagte sich oft über meine Körperbewegungen und dass ich ihr so wenig zu sagen habe. Aber schon die Tatsache, dass ich zu sprechen wagte, wurde als Zumutung und gewisse Interventionen gar als "Hammerschläge" erlebt. In der Tat fühlte ich mich entsprechend der Phantasie der Patientin, sie könne mich kontrollieren, wie auf einem Nadelkissen, weil jede Bewegung von mir registriert und kommentiert wurde, so dass ich einen immer intensiver werdenden Bewegungsdrang spürte, der eine Gegenübertragungsreaktion auf das "Gefangengehaltenwerden" der Patientin war. Indem ich der Patientin das, was sie in mich deponierte und von aussen kontrollierte, verbal zurückgab, indem ich ihr z. B. sagte, wie sehr sie sich mehr Mobilität wünsche, und wie stark sie sich dabei behindert, bzw. unter Kontrolle fühle, konnte die Patientin dieses Problem als "ihr" Problem in der Analyse zusehends zur Sprache bringen und erwarb sich dadurch gleichzeitig mehr Bewegungsfreiheit.

(1) Odgen, T.: Ueber projektive Identifizierung, Uebersetzung
Originaltext: On projective Identification, S. 367

Der dritte Schritt in der projektiven Identifizierung besteht in der Reinternalisierung des veränderten Inhaltes durch den Projizierenden. Da der Projektionsträger sich entsprechend seinen menschlichen Schwächen und Stärken verhält, empfindet er teilweise auch entsprechend der auf ihn projizierten Phantasie, wenn auch mit seinen eigenen Gefühlen. Der Projizierende erlebt auf diese Weise, dass mit solchen Gefühlen gelebt werden kann, ohne sich oder anderen zu schaden. Die Gefühle werden gleichsam durch diesen Prozess verdaut und in Schach gehalten. Der Mechanismus der projektiven Identifizierung ist demnach wie erwähnt ein die Spaltung unterstützender psychischer Mechanismus. Herrschen Spaltung und projektive Identifizierung als Grundmechanismen vor, wie diese z. B. bei den sogenannten Grenzfallpatienten (Borderline-Patienten) auftreten, so ist dies ein für die Behandlung prognostisch günstigeres Zeichen, als wenn Anpassungsmodi schizoider (narzisstisch-autistische Rückzüge) Art dominieren, weil die projektive Identifizierung einen guten emotionalen Kontakt zum Patienten ermöglicht.

Zu den frühen Abwehrmechanismen zählt auch die "primitive Idealisierung". Hier ist der Patient, der die Grenzen zwischen Analytiker und Selbst nicht wahrnimmt, ununterbrochen von wohlwollenden Gedanken und Handlungen umgeben, so als kenne und billige der Analytiker alle seine Absichten und Wünsche, und als sei er allmächtig, analog der idealisierten Allmacht der Eltern. Beim Auftauchen negativer Gefühle wie Hass und Wut, wird der Therapeut infolge von Enttäuschungen unmittelbar derjenige, der diesen Hass und diese Wut in sich trägt. Daher wird er zum Verfolger und Zerstörer des Patienten. Dieses Unvermögen, innen und aussen zu unterscheiden, löst beträchtliche Angst aus und kann den Patienten veranlassen, die Behandlung abubrechen. Der

Therapeut wird die Idealisierung möglichst lange aufrechterhalten, um den verfrühten Durchbruch aggressiver Elemente vor der Errichtung einer stabilen, tragfähigen Beziehung zu verhindern. Entsprechend der Allmacht und der phantasierten Omnipotenz wird auch der Analytiker durch den Patienten mit der gleichen Allmacht ausgestattet. Wegen der erwähnten mangelhaften Abgrenzung von Ich und Du können Ängste entstehen, durch die Macht des anderen verschluckt, vernichtet oder übererregt zu werden. Der Patient fühlt sich dann in seiner Selbstintegrität bedroht, sein Selbst droht zu fragmentieren bzw. einen Ich-Verlust zu erleiden, was zeitweilig den Eindruck psychoseähnlicher Phänomene erwecken kann.

Als weitere Verarbeitungsmodi der Affekte werden vielerorts die Somatisierung (Implosion im Gegensatz zur Explosion), d. h. die Transformation von affektiver in körperliche Erregung und das Agieren (Abreagieren in einer Handlung) als sehr bedeutende Schutzmittel gegen das Erleben früher Ängste aufgeführt.

Alle diese frühen Abwehrmechanismen widerspiegeln in eindrücklicher Weise die Welt der verinnerlichten frühen Beziehungen (Objektbeziehungen) des Patienten, in die der Therapeut unmittelbar miteinbezogen wird. Sie weisen auch auf Traumatisierungen schwerster Art hin, aber auch auf von aussen schwer erkennbare Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung. Für die letztere Form der Störung wird in der Regel der Begriff des "kumulativen Traumas" (Khan) (1) gebraucht.

(1) Khan, M.: Selbsterfahrung in der Therapie

6 Die psychoanalytische Situation

Der Patient mit der frühen Störung stellt den Analytiker vielfach auf eine harte Probe. Er fordert seine Gegenübertragung heraus, verlangt eine intensive persönliche Anteilnahme und bringt ihn bisweilen an die Grenzen seiner beruflichen Verständnis- und Aktionsfähigkeit. Und zwar deshalb, weil es sich in dieser Behandlung um besondere Uebertragungsformen und um andersartige Widerstände im Vergleich zur Behandlung von Neurotikern handelt. Diese Unterschiede werden zunächst auf der Ebene der Gegenübertragung erlebt. Die Gegenübertragungsformen selbst sind, wie oben dargestellt, also ebenfalls andersartig als in der Behandlung von Neurotikern.

Neben der beträchtlichen Schwierigkeit, aus der eigenen Gegenübertragung, beispielsweise der eigenen Verstimmtheit heraus, einen sinnstiftenden Verständnisakt zu vollziehen und diesen in eine verbale Form zu bringen, besteht m. E. das grösste Problem in der Behandlung dieser Patienten, im Umgang des Analytikers mit dem eigenen Narzissmus, d. h. seinen Selbstwertgefühlen. Denn hier wird der Therapeut oft zum Opfer von Entwertungen, die auf den ersten Blick nicht unbedingt als solche erscheinen und sich erst in einer Verstimmung bemerkbar machen, Entwertungen, die in engem Zusammenhang mit seiner Person stehen, seiner beruflichen Kompetenz, seiner Identität als Therapeut und als helfende Person. In seinem Wunsch, den Patienten zu verstehen, ihm zu helfen, ihm eine sinnvermittelnde Antwort zu geben, wird der Analytiker vielfach frustriert. Er kann z. B. das Gefühl bekommen, was immer er dem Patienten sage, sei sinnlos,

es komme nichts an, er rede sozusagen an eine Wand oder seine Worte seien gleich einer jungen Pflanze in einer Wüstenlandschaft zum Verdorren bestimmt. Dann kann es auch vorkommen, dass er sich "überfahren" fühlt, z. B. gegen den Redefluss des Patienten nicht ankommt. Es kann von Seiten des Patienten der nicht bewusste Wunsch bestehen, die "analytisch-erzeugende-Funktion zu zerstören, damit sie niemandem mehr nützen könne, dieser Wunsch nach dem völligen Besitz des Objektes, ganz den Eigenschaften des Triebes auf der oralen Stufe entsprechend, wo Lieben mit Vernichtung gleich ist." (Cosnier) (1)

Demzufolge fühlt der Analytiker sich oft wertlos, nutzlos, verachtet, unkreativ, wird unter Umständen phantasielos und kann sich dieser Situation gegenüber ohnmächtig ausgeliefert fühlen. Dies insbesondere dann, wenn der Patient noch offen deklariert, man könne sowieso nichts für ihn tun. Kernberg (2) spricht hier von der "Dehumanisierung der Objektbeziehung".

Naturgemäss entwickelt der Analytiker gegen diese Entwertungen, wenn er sich damit identifiziert, Gegenreaktionen, da sie ihn oft zutiefst narzisstisch kränken (besonders als Anfänger). Denn sie geben ihm das Gefühl von Nutz- und Bewegungslosigkeit, die je nach Struktur des Therapeuten zu persönlichen unterschiedlichen Abwehrmassnahmen führen (z. b. tendenziell feindselige oder abweisende Reaktionen, narzisstischer Rückzug, Langeweile, Wut und Ohnmacht, Leere- und Starregefühle, Flucht in die Ueberaktivität etc.). Fast alle drehen sich um den gekränkten Narzissmus bzw. die Wiederherstellung der eigenen Identität und das Ungeschehenmachen der Entwertung, die der Patient aufgrund seiner psychischen Struktur mit ihm vorgenommen hat.

(1) Cosnier, J. Deutung und Gegenübertragung, S. 41

(2) Kernberg, O.: Objektbeziehungen u. Praxis der Psychoanalyse

Das vorher Beschriebene gilt vor allem für diejenigen Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur, die sich in der Uebertragung zunächst in einer schizoid-autistischen Abkapselung und in einer versteckten (nicht offenen) Idealisierung manifestiert. Bei den Patienten mit einer Borderline-Störung (vergl. Kap. 6.3) besteht in der Gegenübertragung eher die Schwierigkeit des "Hineingezogenwerdens" in den Affekt, so dass der Therapeut Angst vor den in ihn deponierten, aber auch empfundenen heftigen ängstlichen und aggressiven Gefühlen und der Gefahr ihrer destruktiven Auswirkung auf die Behandlung bekommt. Die Arbeit mit der Gegenübertragung besteht dann z. B. darin, dass der Analytiker erkennt, dass er Gefühle der Angst- und Hilflosigkeit, unter denen der Patient leidet, die dieser dem Therapeuten aber nur vermitteln kann, indem er sie in ihn "induziert" oder in ihn "deponiert", mit einer emotionalen Gegenreaktion (z. B. Aerger) abwehren musste.

Das Ertragen dieser Situation, ihre Wahrnehmung und deren Reflexion, bzw. das "Nichtagieren", d. h. Aushalten solcher emotionaler Situationen, verhilft dem Analytiker zu verstehen, was im Patienten vorgeht und setzt ihn dann in die Lage, entsprechende sinnvermittelnde Deutungen zu geben. Der eigene Narzissmus des Analytikers wird also stark miteinbezogen; er wird umso brüchiger, je weniger der Analytiker Kenntnis davon hat, dass dies das eigentliche Problem seines Patienten ist.

Ich denke in diesem Zusammenhang an eine Patientin, die in jede Stunde mit zwanzig Minuten Verspätung kommt. Sie übergeht diese Tatsache, in dem sie über ein beliebiges Ereignis redet. Spreche ich die Verspätung an, redet sie von ihrem Unvermögen, sich zeitlich zu organisieren. Sie komme einfach mit ihrer Arbeit nicht vorwärts und vergesse die Zeit der Analysestunde. Vielfach schläft

die Patientin noch für den Rest der Stunde ein, so dass ich sie mit meinen Interventionen immer wieder wecken muss. Gehe ich inhaltlich auf etwas ein, wovon die Patientin mir gerade erzählte, scheint es, als hätte sie mich gar nicht gehört, denn sie geht sogleich zu einem anderen Thema über, das mit meiner Intervention scheinbar nichts zu tun hat. Ich habe ein Gefühl wie am Telefon, wenn die Leitung unterbrochen ist und am anderen Ende plötzlich eine andere Stimme zu mir spricht. Ich nehme einen zweiten, einen dritten Anlauf, das mir Gesagte zu verstehen und zu vermitteln. Jedes Mal aber scheint es, als hätten meine Worte keinerlei Existenz, als hinterliessen sie nicht einmal minimale Spuren. Fast jede Stunde verläuft nach dem gleichen Muster, jede Stunde ist ebenfalls von der vorhergehenden abgetrennt, denn die Patientin kommt nie von sich aus auf eine vergangene Stunde zurück. Ich als Therapeutin muss diese unterbrochene Verbindung wiederherstellen, die Isolierungsversuche aufheben, sehe aber nicht, dass diese hergestellte Verbindung in irgendeiner Weise bei der Patientin angekommen ist. Es ist, als ob ich eine Bastelarbeit unter einer Decke machte, zu der ich aber keinen visuellen Kontakt habe. Der einzige Anhaltspunkt dafür, dass unter dieser "Decke" oder "Kapsel" etwas passiert, ist das Erscheinen der Patientin in der Stunde, wenn auch mit Verspätung. Es sieht so aus, als setze die Patientin alles daran, die Tatsache meiner Existenz zu negieren und damit auch ihrer Abhängigkeit von mir. Der monotone Tonfall ihrer Stimme zielt ebenso darauf ab, ein Versagen meiner Aufmerksamkeit herbeizuführen. Dadurch, dass ich mich in meiner Gegenübertragung so stark in Frage gestellt fühle und keine Möglichkeit sehe, irgendwie an die Patientin heranzukommen, kann ich ihr mitteilen, wie stark sie selbst befürchtet, für niemanden auf dieser Welt irgendeine Bedeutung zu haben, wie

wertlos sie sich oft fühlt und dass sie sich in diesem Zusammenhang deshalb häufig überlege, ob es einen Sinn habe, zu mir in die Stunde zu kommen und auf diese Weise zu spät komme. Daraufhin erzählt die Patientin ein Erlebnis, welches die grosse Fragilität ihres Selbstwertes in drastischer Weise vor Augen führt:

Die Patientin und ihr Freund, mit dem sie zusammenlebt, haben Besuch. Der Freund macht Kaffee, schenkt den Leuten und der Patientin Kaffee ein, vergisst aber wie üblich, seiner Freundin Milch in die Tasse zu giessen. Dieses Ritual muss für die Patientin eine grosse Bedeutung haben, denn sie gerät sogleich ob des Vergessens in eine "höllische" Verzweiflung und Wut über ihren Freund, der ihre Existenz in diesem wichtigen Augenblick scheinbar ignoriert hat. Sie bekommt einen (narzisstischen) Wutanfall, greift ihren Freund an, zerschlägt die Tasse etc. Nach einer Reihe solcher Ereignisse zieht der Freund aus der gemeinsamen Wohnung aus. Die Patientin fühlt sich jetzt noch viel schlechter, kann es mir gegenüber aber nicht zeigen. Die nun drohende Abhängigkeit von mir weckt erneut heftige Widerstände in der Patientin, so dass sie mit dem Abbruch der Behandlung drohen muss, was es mir wiederum in der Gegenübertragung nicht leichter macht, einen empathischen Zugang zu ihr aufrechtzuerhalten.

In solchen Fällen wie dem aufgeführten wird die emotionale Abhängigkeit vom Analytiker verleugnet, vielfach mit Hilfe eines omnipotenten "Grössenselbst" (Kernberg) (1), das gegen Wut und Neid im Zusammenhang mit der Wiederbelebung früher "primitiver Objektbeziehungen" eingesetzt wird, bei gleichzeitiger Sehnsucht nach einer liebevollen Beziehung. Die Fähigkeit, sich vom

(1) Kernberg, O.: a.a.O.

Analytiker abhängig zu fühlen, ist eine Errungenschaft einer späteren Phase der Entwicklung, die zur Ueberwindung der sogenannten "depressiven Position" gehört.

Dadurch also, dass in der Gegenübertragung der Narzissmus des Analytikers stark miteinbezogen wird (Béjarano) (1), kann der Therapeut entdecken, dass es auf dieser Ebene fragile und brüchige Stellen im Selbst des Patienten gibt. Denn wie Neyraut (2) richtig schreibt, kann in der analytischen Situation nur insofern etwas geschehen, als Uebertragung und Gegenübertragung übereinstimmen. Es muss also zu einer gewissen Uebertragungs-Gegenübertragungs-Konvergenz kommen. Vielfach geht aber die Gegenübertragung der Uebertragung voraus, so dass der Analytiker auf den Augenblick der Konvergenz warten muss, bis er eine Deutung geben kann.

Der Umgang mit dieser Brüchigkeit geschieht nicht nur mit der Deutung (nicht der "klassischen") und dem Spiegeln, sondern vor allem mit der Haltung des "Holdings" (Winnicott), des Respektes und der Unterstützung. Der Patient ist nicht so sehr für das, was wir sagen, als vielmehr für unsere Haltung empfänglich. Die positive Haltung der Rezeptivität und des Wohlwollens, die der psychischen Grundhaltung einer primären mütterlichen Sorge gleichkommt, kann wiederholt durch den gekränkten Narzissmus des Analytikers in Frage gestellt werden, und muss daher immer wieder neu mobilisiert und bereitgehalten werden. Der Patient ist viel mehr empfänglich für unseren "Ton" als für den Inhalt dessen, was wir ihm sagen, weil er prüfen muss, ob er bzw.

(1) Béjarano, A.: Gegenübertragung und Narzissmus

(2) Neyraut M.: Die Uebertragung

unsere Haltung ihm standhält (Béjarano) (1). Dies gilt für die ganze Zeit der Behandlung, genügt aber nicht für die Durch-
arbeitung der Entwertungsprozesse, die der Deutung bedürfen.

(1) Béjarano, A.: a.a.O.

6.1 Die Regression

1933 vergleicht Freud in seiner "Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" psychotisch Kranke mit Kristallen, die, wenn sie zerbrechen, in Stücke zerfallen, deren Spaltrichtungen durch die Struktur des Kristalls vorbestimmt sind. Diese Patienten

"haben sich von der äusseren Realität abgewendet, aber eben darum wissen sie mehr von der inneren, psychischen Realität und können so manches verraten, was uns sonst unzugänglich wäre." (1)

Die Patienten mit der frühen Störung bewegen sich im Grenzbereich zur Psychose, gelegentlich können neben anderen auch tendenziell psychotische Erlebnisweisen auftreten. Während der Arbeit mit frühgestörten Patienten kommt es, allerdings in anderer Form als bei neurotischen Patienten, zur Regression in der Uebertragung. Diese Regression im Sinne der Externalisierung verinnerlichter Objektbeziehungen (der Therapeut wird zur Mutter der frühen Geschichte) vermittelt uns eminent wichtige Kenntnisse über die psychischen Erlebnisweisen des Säuglings und des Kindes in der präanal Phase der Entwicklung.

In der klassischen Analyse macht sich der Patient nach anfänglichen Ueberraschungen schnell mit allen Elementen der analytischen Situation vertraut (Stundenplan, feste begrenzte Dauer und Anzahl der Sitzungen, liegende oder sitzende Position, Begrenzung der Kommunikation auf die Verbalisierung, Zahlungsmodalität, Ferien und Unterbrechungen). Der neurotische Patient vergisst bald

(1) Freud, S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, G.W. XIV, S. 64

den Rahmen und wendet sich seiner Uebertragung zu, seinen Wünschen, Phantasien und Träumen. Er regrediert "im Dienste des Ichs", d. h. er aktualisiert in der Beziehung zu seinem Analytiker regressiv frühe infantile Erlebnisse, Triebwünsche und damit verknüpfte Konflikte und deren Abwehr. Dabei ist er in der Lage, zwischen der realen und der Uebertragungsbeziehung zu seinem Therapeuten zu unterscheiden (therapeutische Ich-Spaltung), was ihm ermöglicht, mit seinem Analytiker ein sogenanntes "Arbeitsbündnis" einzugehen und aufrechtzuerhalten.

Der Patient mit der frühen Störung ist von der Fragilität seines Ichs her nicht imstande, eine solche therapeutische Ich-Spaltung zu erbringen und kann auch den analytischen Rahmen (Setting) nicht in ähnlicher Weise als hilfreich und sinnvoll anerkennen. Da er den Analytiker nicht so erlebt, als ob er seine Mutter sei, sondern wie die Mutter, fällt es ihm schwer, die wohlwollende, neutrale, aber auch abstinente Haltung des Therapeuten und z. B. die Begrenzung der Sitzung zu akzeptieren. So kann es vorkommen, dass er den Analytiker abends unbedingt braucht, weil er mit einem emotionalen Spannungszustand nicht allein fertig wird, und ihn deshalb notfallmässig zu Hause anruft. Er "erträgt" seine Wünsche dem Therapeuten gegenüber noch nicht, weil es noch kein "Wünschen" im Sinne einer mentalen Repräsentation davon gibt, sondern "agiert" sie, entlädt sich von unerträglichen Affektzuständen durch eine Handlung. Im Gegensatz zum neurotischen Patienten ist er nicht im gleichen Ausmass zur Selbstreflexion fähig, er "sieht" sich nicht wie einen anderen, (mit der entsprechenden emotionalen Spannung zwischen beobachtendem und erlebendem Ich) sondern gerät in einen affektiven Erregungszustand, der ihn ängstigt und ihn veranlasst, Affekte abzuspalten,

zu somatisieren oder in einer Handlung abzuführen.

Gehen wir davon aus, dass es eines der Grundbedürfnisse des Menschen, bereits des Säuglings ist, "gesehen" um "erkannt" zu werden, dass sich andererseits nur mittels eines sehenden Du ein existierendes "Ich" entwickeln kann und dass dies ein historischer Prozess von eminenter Bedeutung für den Aufbau der kindlichen Welt ist, so können wir die Frage der Spiegelfunktion des Analytikers auf einer anderen Ebene betrachten.

Für den Säugling droht das Chaos und das Nichts, wenn das Gesicht der Mutter nicht Spiegel ist (Winnicott) (1). Wenn die Mutter Spiegel ist, kann sie das nur, weil sie emotional an diesem Austausch aktiv beteiligt ist. Die Mutter, die das Kind gewissermassen "im Glanz ihrer Augen spiegelt", trägt damit zu der wichtigen frühen Erfahrung der Omnipotenz bei, welche eine kurze, aber wichtige Periode im Leben des Säuglings ist. Später kann das Kind auf das Gefühl der Omnipotenz (Allmacht) verzichten, die Allmacht als Illusion genießen. Diese Erfahrung früher Omnipotenz ist die Grundlage für die spätere Begegnung des Kindes mit der Welt, weil sich dort Vorstufen eines Bildes von sich in der Beziehung zur Mutter bilden. Die Qualität dieser Bilder oder "Spuren" der zwischenmenschlichen Erfahrung prägen die späteren Beziehungen zur Welt. Das Kind jedoch, das sich nicht gespiegelt sieht, sieht etwas Fremdes, es mag das Chaos sein oder die Erfahrung von Leere. Ich habe eine junge Frau vor Augen, die von ihrer leiblichen Mutter kurz nach der Geburt zur Adoption freigegeben worden war, also die ersten zwei Monate ihres Lebens im Spital verbringen musste. Die Symptome, die sie in die Behandlung bringen, reichen von panikartigen

(1) Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt

Erregungszuständen bis zu Gefühlen extremer innerer Leere, des Nichts und damit verbundene Ängste der Selbstauflösung. Dieser bodenlose Abgrund der Leere wird von den Patienten weit mehr gefürchtet als die Verfolgungsängste, weil dort immerhin noch ein Objekt vorhanden ist, auch wenn es ein schlechtes ist und als bedrohlich erlebt wird. Die Aggression kann sich dann auf das externalisierte "schlechte Objekt" beziehen und muss sich nicht in vernichtender Weise auf das Selbst auswirken, das u. U. zu fragmentieren droht. Mit den Zuständen der Leere und der Panik geht sie in der Weise um, dass sie Verschmelzungsphantasien destruktiver Art (Suizid), oder primär-narzisstische Phantasien entwickelt, die sie aber ängstigen. Vor dem Einschlafen hat sie z. B. öfters das Gefühl, ihr Körper könne sich auflösen, ihre Gedanken schweben in der menschenleeren Weite des Weltraumes. Vielfach kann die Patientin sich erst beruhigen, wenn sie sich bewegt, oder sich unter Menschen begibt. Die junge Frau phantasiert wiederholt im Wald, in der Natur, durch Selbstmord zu sterben, will also mit der Mutter "Erde" verschmelzen, um den unerträglichen Leere- und Panikzuständen zu entfliehen. Vom Standpunkt des Affektverständnisses stellt dieses Streben den Versuch dar, so nahe wie möglich an den Nullpunkt der (affektiven) Erregung zu gelangen. Das Ich des Patienten ist nicht in der Lage, mit diesem Erregungszustand adäquat umzugehen. Dazu fehlt ihm das innere "gute Objekt", das ihn beruhigen könnte. In der Behandlung muss es dem Analytiker gelingen, zu diesem "guten Objekt" zu werden, das der Patient mit der Zeit internalisieren kann. Durch die Spiegelfunktion eröffnet der Analytiker seinem Patienten einen "symbiotischen Kanal".

Er ermöglicht ihm, allerdings in veränderter Form, das Erleben oder Wiedererleben einer primären dyadischen Beziehung und fördert die Wiederbelebung der damit verbundenen Ängste oder allgemein von Affektzuständen, die erst dann einer Aufarbeitung zugänglich sind.

Der Analytiker, der spiegelt und damit eine Hilfsichfunktion ausübt, solange der Patient diese nicht selbst übernehmen kann, tut dies nicht ohne emotionale Beteiligung. Ein solches Vorgehen stellt den Analytiker vor die Aufgabe, seine Gegenübertragung sehr genau zu beobachten und in den Dienst der Behandlung zu stellen, die von einer Art primären mütterlichen Sorge getragen wird. Er geht damit im wesentlichen auf die sogenannte narzisstische Dimension (im Gegensatz zur objektalen) des Erlebens seines Patienten ein.

Im gleichen Sinne wird der Analytiker ein Gespür dafür entwickeln, wann er diese narzisstische Dimension in seinen Interventionen sukzessiv verlassen und dem Patienten mehr Raum zum Experimentieren geben kann. Dies kann der Patient in dem Maße, als er beginnt, den Analytiker als ein von ihm losgelöstes Objekt wahrzunehmen.

6.2 Die "bewahrende Umwelt" der analytischen Situation

Aehnlich wie in der klassischen psychoanalytischen Behandlung, wo der Analytiker sich für die Entwicklung einer Uebertragung im Sinne eines ödipalen Triebobjektes als Person zur Verfügung stellt, weil er möglichst wenig interveniert, tut es der Therapeut in der frühen Störung, indem er sich als frühes mütterliches Objekt benützen lässt, wenngleich auch mit modifizierter Technik. Er bietet dem Patienten den Rahmen einer "bewahrenden Umwelt" (Winnicott) (1) an, die es dem Patienten ermöglicht, die zu ihm passende Uebertragungsform zu entfalten. Je nach Zeitpunkt und Schwere der frühen Entwicklungsstörung wird der Patient eine unterschiedlich geartete Uebertragungsform entwickeln. Die Varianten reichen von der sogenannten "Kokonübertragung" (2), in der sich der Patient wie in einer Kapsel vom Analytiker abschirmt, um frühe Neid- und Hassgefühle und Abhängigkeit abzuwehren, bis hin zur Uebertragungspsychose. Die erste Form ist typisch für narzisstische Charakterstörungen, die Uebertragungspsychose oder ihr ähnlich heftige Formen der Uebertragung treffen wir am ehesten bei den Grenzfällen (sogenannte Borderline-Patienten) an. Natürlich gibt es auch hier Mischformen der Uebertragung.

In der "Kokon-Uebertragung", in der sich der Patient einkapselt, reagiert der Analytiker in seiner Gegenübertragung "mit einem Gefühl der Langeweile und Schläfrigkeit auf die massive Affektblockierung und den immer stärker werdenden Eindruck, dass er sich ständig in Gegenwart einer Person befindet, die sich scheinbar nicht für ihn interessiert. Wenngleich der Rückzug des

(1) Winnicott, D.W.: a.a.O.

(2) Modell, A.: Die "bewahrende Umwelt" und die therapeutische Funktion der Psychoanalyse

Analytikers defensiver Natur sein kann", ... "ist es eine menschliche Reaktion auf den Zustand des Patienten, nämlich den einer affektiven Nichtverwandtschaft." (Modell) (1)

Der Sprechmodus des Patienten ist oft wenig moduliert, die Stimme klingt leer und monoton. Man bekommt den Eindruck, der Patient sei emotional gar nicht berührt von den Dingen, die er erzählt, nicht einmal von den traumatischen Ereignissen in seiner Kindheit. Er zieht somit den Analytiker in einen Zustand hinein, dessen wachsendes Desinteresse er immer wieder auf's neue bekämpfen muss. Das "fehlende Stück", das einen guten emotionalen Kontakt zwischen zwei Menschen ausmacht, muss hier vom Analytiker erbracht werden. Es ist die Rede davon, dass der Therapeut den Patienten "libidinös" besetzen, ja sogar libidinös in ihn eindringen muss, um die emotionale Abkapselung aufzubrechen. Das kann er nur, wenn er den Patienten "hält", indem er ihm seine mütterlichen Funktionen zur Verfügung stellt, ihm also eine "Illusion" von Sicherheit und Schutz verschafft, und gleichzeitig die affektive Kommunikation der beiden Partner durch das Verbalisieren aufrechterhält. So wird es dann erst möglich, dass der Patient die Widerstände gegen seine frühen objektbezogenen Phantasien oder besser "Phantasiefragmente" aufgibt und sie von der inneren auf die äussere Welt richtet, d. h. auf die Person des Analytikers.

Der Patient kann über längere Zeit mit den Deutungen des Analytikers nicht viel Sinnvolles anfangen. Seine Reaktionen auf die Interventionen sind hier in der Regel negativ, jedes Wort des Analytikers wird auf die Waage gelegt, für zu leicht oder zu schwer oder unbrauchbar befunden. Dadurch spürt der Therapeut

(1) Modell, A.: a.a.O., S. 790

eine tiefe Ablehnung all seiner Bemühungen: es geht dem Analytiker, wie es dem Patienten früher ergangen sein mag. Hier ist die Gegenübertragung besonders wichtig: sie dient dem empathischen Verständnis des Patienten mit der frühen Störung.

Eine zweite Betrachtungsebene der narzisstischen (fast autistischen) Uebertragung besteht darin, dass der Analytiker wie ein Satellit (Selbstobjekt) neben dem Patienten mitgeführt wird. Da der Analytiker keine Eigenständigkeit, keine eigenen Bedürfnisse und Gefühle hat, wird er auch nicht als bedrohlich erlebt. Er besitzt keinerlei Macht und unterliegt dem Kontrollsystem des Patienten in seiner Phantasie. Auf diese Weise kann er vom Patienten abwechslungsweise als schlecht, abhängig (der Therapeut braucht den Patienten, nicht umgekehrt) empfunden, ausgestossen oder einverleibt werden. Auch wenn der Analytiker keinerlei Eigenexistenz führt, so ist dem Patienten umso mehr ein umfangreiches Phantasieleben in der Form von Allmachts- und Omnipotenzgefühlen möglich, in dem der Analytiker lediglich ein Satellitendasein führt. Der Patient kann sich "ganz" fühlen, erlebt diese Form der Uebertragung als lustvoll, ähnlich der Omnipotenzerlebnisse des Säuglings, aber auf Kosten seiner Realitätsprüfung und nur mit dem Aufwand einer massiven Verleugnung der Wirklichkeit. Es fällt nicht schwer, sich die Gegenübertragungsgefühle vorzustellen, in die der Analytiker hier gerät. Weil dieser sich so isoliert, ausgestossen etc. fühlt, kann er als Reaktion hierauf in Versuchung geraten, den Patienten zu schonen, statt ihn zu heilen. Nur wenn er dem Patienten das richtige Mass an Frustrationen (in Form von Verbalisierung) zukommen lassen kann, kann diese Omnipotenzposition aufgegeben werden und die Behandlung sich fortentwickeln.

Die Uebertragung nimmt nun eine ganz andere Form an. Der Analytiker spürt in seiner Gegenübertragung die Wut- und Neidgefühle, aber auch die Bedürftigkeit des Patienten, die er selbst noch nicht formulieren kann. Die Wut kann bei einigen Patienten mörderische Ausmasse annehmen, andere werden in eine regressive Rückwärtsbewegung getrieben, im Laufe derer sie sich wieder einkapseln. Die Wut und der Neid des Patienten ist nicht wie im ödipalen Konflikt auf die Imago des Vaters oder der Mutter gerichtet, mit dem Wunsch, den andersgeschlechtlichen Elternteil zu zerstören. Hier haben die Gefühle nicht diesen klar gerichteten Charakter, sind eher diffus und richten sich mehr gegen die "äussere Welt", deren Repräsentant in erster Linie der Analytiker ist. Der Therapeut wird nun als verfolgend und deshalb als bedrohlich erlebt.

Der Patient befindet sich in der oben aufgeführten "paranoid-schizoiden" Position, in der er gegen das Böse im Analytiker ankämpfen muss und gleichzeitig unter Vergeltungsängsten leidet. Um eine klare Trennung zwischen Subjekt und Objekt zu vermeiden, d. h. um bei sich das Bewusstwerden der heftigen Wut- und Neidgefühle, aber auch der tiefen Sehnsucht nach Vereinigung zu verhindern, versucht der Patient, den Therapeuten mittels des Abwehrmodus der projektiven Identifizierung dazu zu bringen, sich gemäss seiner Phantasie zu verhalten.

6.3 Die Behandlung der Grenzfälle

Anders als bei der narzisstisch-schizoiden Charakterstörung wird hier (1) die Uebertragung von Anfang an durch das Vorhandensein intensiver Gefühle des Patienten bestimmt. Oftmals wird der Analytiker als die nun endlich gefundene "gute Mutter" in dem Masse idealisiert, als es die Aufrechterhaltung des "grandiosen Selbst" erfordert. Als Patient eines "nur guten" Analytikers fühlt er sich selbst gut, vor der schlechten Umwelt und den eigenen inneren "bösen" Anteilen geschützt. Lange Zeit können Verhaltensweisen, die den Patienten infolge seiner Störung zwangsläufig kränken müssten, z. B. Beendigung der Stunden, verleugnet werden, um die Idealisierung aufrechtzuerhalten. Kommt es aber früher oder später zum Einbruch der Idealisierung, kann der Analytiker nicht mehr länger als das "gute Objekt" erlebt werden. Er wird nun wegen nach aussen geringfügig erscheinender Enttäuschungen (wie z. B. der Unterbruch des Gespräches wegen eines Telefonanrufes) zum "bösen Objekt", das den Patienten veranlasst, den Analytiker auf die heftigste Art anzugreifen und zu entwerten. Es kann nun eine Zeit sehr archaischer und zum Teil chaotischer Uebertragung beginnen, die zur Uebertragungspsychose ausarten kann. Durch Projektion sehr früher Anteile von Selbst- und Objektimages entsteht tiefes Misstrauen und Angst gegenüber dem Analytiker, den der Patient nun als Angreifer erlebt und vor dem er sich schützen muss. Deshalb versucht er ihn auf eine sadistisch-bemächtigende Weise unter Kontrolle zu halten. Seine Wut erlebt der Patient dabei als völlig gerechtfertigt, denn sie ist ja nur eine Reaktion auf das "feindselige" Verhalten des Analytikers. In der Gegenübertragung wird der Analytiker wirklich wütend, so dass dem Patienten die Massnahme der projektiven Identifizierung

(1) Ich stütze mich in diesem Kapitel vor allem auf die Arbeit über Grenzfälle von Rosenfeld, B.: Psychopathologie und psychoanalytische Behandlung einiger Borderline-Patienten

gelingt, er also nicht einmal Unrecht hat. Es ist eine der schwierigsten therapeutischen Aufgaben überhaupt, in dieser Situation des stürmischen Angriffs Ruhe zu bewahren und die wohlwollende, empathische Haltung aufrechtzuerhalten, d. h. gerade nicht das zu tun, wohin der Patient den Analytiker bringen möchte, nämlich aus der Gegenübertragung heraus "mitzuagieren" und ihm gegenüber nun auch eine feindselige Haltung an den Tag zu legen. Aber auch wenn der Analytiker dies nicht tut und sehr "darauf bedacht ist, die guten und bösen Aspekte in den Mitteilungen des Patienten sorgfältig auseinanderzuhalten, kann er doch nicht verhindern, dass der Patient seine Bemühungen ständig verkennt." (Rosenfeld) (1). Der Analytiker sieht sich in seiner Gegenübertragung vor einem grossen Problem, er erlebt nun nämlich, dass er sich hoffnungslos vernichtet, zerschmettert, verängstigt fühlt, genau die Gefühle, die der Patient bei sich nicht fühlen kann oder darf. Er sieht sich nun vor die schwierige Aufgabe gestellt, wie er dies dem Patienten vermitteln soll, ohne dass dieser erneut Widerstände dagegen aufbaut. Die sich ständig wiederholende Angst des Therapeuten, er könne es dem Patienten nicht recht machen, er sei ein schlechter Therapeut, nützt er für das Verständnis der Angst des Patienten. In der Tat fürchtet der Patient, man könne ihn für grundsätzlich schlecht, böse und aggressiv halten, man sähe sozusagen nichts Gutes an ihm, weil er noch nicht in der Lage ist, bei sich selbst sowohl gute als auch böse Anteile zu ertragen. Da er diese Ambivalenztoleranz auch in Bezug auf andere nicht aufbringen kann, muss er die Spaltung in nur gute und nur böse Anteile kontinuierlich aufrechterhalten. Zu Beginn der Behandlung hat die Idealisierung diese Spaltung unterstützt.

(1) Rosenfeld, B.: a.a.O., S. 344

6.4 Die Bedeutung des Traumes in der frühen Störung

Freud hat neben der Wunscherfüllungsthese die heilende und entlastende Funktion des Traumes betont. Im Jahre 1900 schreibt Freud:

"Der Traum leistet dem überbürdeten Gehirn die Dienste eines Sicherheitsventils. Die Träume haben heilende, entlastende Kraft." (1)

Der Traum ist also ein einzigartiges Mittel der psychischen Verarbeitung des Menschen.

Dieser Gedanke verweist uns auf die Bedeutung des manifesten Trauminhaltes. Der "verborgene Sinn" des Traumes lässt sich nicht auf die Interpretation der dem latenten Traumgehalt zugrunde liegenden unbewussten Triebwünsche reduzieren.

Bartels schreibt zu Freuds These der Wunscherfüllung, dass die Ausrichtung der Traumdeutung Freuds auf den latenten Trauminhalt unter Vernachlässigung des manifesten Traumgeschehens einer Entwertung dessen gleichkommt und, gemessen am Programm der Hermeneutik, als Inkonsequenzen und Zugeständnisse zu szientifischen Konzeptionen erscheint. Jedoch sei Freuds Wunscherfüllungsthese dennoch, als "Sinnerwartung" betrachtet, auch in ihrer Unbestimmtheit voll legitimiert. Gerade weil dieser hermeneutische Vorgriff der Wunscherfüllungsthese sich universal anwenden liesse und selbst den kleinsten Traumeinzelheiten noch eine integrierbare Bedeutung abgewinne, sei er voll gerechtfertigt. Die Problematik werde erst dort sichtbar, wo Freud sich über das alltägliche Verständnis des Traumes hinwegsetzt. (2)

(1) Freud, S.: Die Traumdeutung, G.W. 11/III, S. 83

(2) Bartels, M.: Hermeneutik und Traumdeutung, S. 118

Unter dem Gesichtspunkt der neuen Theorien über die frühen Störungen des Selbst, welche auf eine mangelhafte oder beeinträchtigte Entwicklung des Ichs zurückzuführen sind, bekommt m.E. auch und in besonderer Weise sogar der manifeste Inhalt des Traumes eine zentrale Bedeutung für das Verständnis dieser Störungen. Der manifeste Trauminhalt legt u. a. dar, wie das Ich des Patienten strukturiert ist, wie er und in welchem Kontext er sich als ein Selbst erlebt. Diese Erkenntnis über das Ich haben wir ja auch nicht zuletzt Freud zu verdanken, der sich als erster mit der Traumarbeit als Abwehrleistung des Ichs beschäftigt hat.

In der Periode der Entwicklung der Psychoanalyse nach Freud gibt es meines Wissens mit wenigen Ausnahmen kaum Literatur über die Bedeutung des manifesten Traumes und dessen Anwendung in der klinischen Praxis, insbesondere in der Behandlung und der Analyse der Restitutionsversuche des Selbst in der frühen Störung. Neben dem hermeneutischen Gehalt für die konkrete Behandlungssituation gibt der manifeste Traum wichtige Anhaltspunkte für die Schwere der vorliegenden Störung und damit auch für die Prognose der Behandlung, gerade weil der Traum ein einzigartiges Mittel psychischer Verarbeitung ist und die Verbindung zwischen Primär- und Sekundärprozessen sowie die Ich-Leistung des Träumers so anschaulich darstellt. Dieser Frage kann ich hier aber nicht nachgehen, weil es dafür einer tieferen Analyse von Träumen aus Behandlungen, die sich über Jahre erstrecken, bedarf.

Welche Träume sind es, die mit der Theorie der Wunscherfüllung, genauer gesagt der Erfüllung eines infantilen Triebwunsches, nicht hinreichend genug erklärt werden können?

Gehen wir von der früher dargestellten These aus, dass der psychische Apparat Erregungen affektiver Art, welche nicht direkt mit den Trieben in Zusammenhang stehen, für die Herstellung eines Zustandes annähernden Wohlbefindens, bewältigen muss, so kann man sagen, dass diese affektive Erregung von einem schwachen Ich nur mangelhaft integriert werden kann, in den Traum einfließen muss und deren Bearbeitung in mehr oder weniger entstellter Form dort sichtbar wird.

Es ist eine altbekannte Tatsache, dass es bei vielen Menschen Träume gibt, die sich über Jahre mit wenigen Variationen wiederholen, z. B. der Traum, kurz vor der Matura zu stehen und verknüpft mit der Ungewissheit, ob diese Schwelle überschritten werden kann. Darüber hinaus gibt es die von Freud als "typisch" bezeichneten Träume wie Nacktheitsträume, Flug- und Fallträume oder Träume vom Tod teurer Personen. Ferner können im Anschluss an ein psychisches Trauma jahrelang sogenannte "traumatische" Träume, die an das Trauma heranzuführen und dessen Bewältigung anstreben, vorkommen. Hinsichtlich dieser letztgenannten Traumarten (Prüfungsträume, Flug- und Fallträume, Nacktheitsträume, Träume vom Tod teurer Personen und traumatische Träume) äußerte Freud Bedenken und Zweifel bezüglich seiner These der Wunscherfüllung.

U. Grunert (1) postuliert, dass es sich in diesen Träumen vorrangig um narzisstische Bedürfnisse handelt, die bei allen Menschen mehr oder weniger frustriert, als narzisstische Wunden erhalten bleiben und zeitlebens nach Restitution suchen, ohne dass dies wirklich gelingen kann.

(1) Grunert, U.: Narzisstische Restitutionsversuche im Traum

All diesen Träumen ist gemeinsam, dass ihnen, wie Freud betonte, die Rolle des "Hüters des Schlafes" nicht gelingt. Wir können also davon ausgehen, dass das Ich, weil der Träumer erwacht, die heftigen Affekte, die im Traumbericht gelegentlich fehlen, nicht erträgt und sich seiner realen Existenz wieder vergewissern muss.

U. Grunert interpretiert die von Freud eingeführten Nacktheits-träume im Sinne einer Wiederbelebung einer tieferen Kränkung - und nicht als Ausdruck eines phallisch-oedipalen Exhibitions-wunsches -, die als Scham erlebt wird und mit den narzisstischen Grundbedürfnissen nach Spiegelung in der frühen Beziehung des Kindes zur Mutter zu tun haben. Das emotionale Erleben, das den Traum begleitet, sowie die Einfälle des Träumers seien ausschlaggebend für die Beantwortung der Frage, welches Stadium des Erlebens im Spiel ist.

Es ist keinesfalls neu, dass wir uns in der Traumauslegung auf die Einfälle und das Erleben des Träumers stützen. Von ebenso grosser Bedeutung wie die Assoziationen des Träumers scheinen mir diejenigen des Analytikers und seine Gegenübertragungsreaktionen beim Erzählen und der Vergegenwärtigung des Traumes zu sein. In seiner Gegenübertragung identifiziert sich der Analytiker (in konkordanter Identifizierung) mit dem Selbsterleben des Patienten im Traum und kann so dessen emotionale Beziehung zur Welt erschliessen. Vielfach lässt der Patient mit einer narzisstischen Störung gerade den emotionalen Gehalt seiner Traumwelt nicht an sich heran, und der Analytiker muss dies an seiner Stelle tun. Dies ist ein erster hermeneutischer Verstehensschritt.

Eine junge Frau schildert mit monotoner Stimme und ohne spürbare emotionale Bewegung in schematischer Form folgenden Traum:

Ich bin irgendwo in der Ferne, im Ausland, stehe an einem Hafen, vor mir liegt die Weite des Meeres. Ich warte darauf, dass ein Schiff kommt und mich nach Hause bringt. Der Hafen ist lange Zeit leer, auch menschenleer. Ich muss tagelang warten, gehe ins Café in der Nähe.

Eines Tages kommt dann ein Schiff, das grün ist und Silberverzierungen hat. Ich bin aber nicht sicher, ob es das Schiff ist, mit dem ich nach Hause reisen kann. Das ist das Ende des Traumes.

Das Schiff wird nun im Anschluss an den Traumbericht in allen Einzelheiten beschrieben, was man als eine Verschiebung auf Details verstehen kann, mit dem Ziel, die ängstigenden Emotionen nicht spüren zu müssen.

Es liegt auf der Hand, dass in dieser beziehungslosen Traumwelt das "Clocharddasein" der Patientin, ihre Einsamkeit und die Sehnsucht nach einer tragenden Hülle (Schiff) in einer grenzenlosen (Meer), schreckerregenden Welt (Fremde) sehr eindrücklich versinnbildlicht sind. Der Traum zeigt den Mangel an einem "guten inneren Objekt"; er soll eine Brücke zum Analytiker herstellen und in ihm über die Symbolik die entsprechenden Gefühle auslösen, die er für seine Deutung verwendet.

Das Bewusstsein der Träumerin kann die Wahrnehmung des emotionalen Gehaltes des Traumes selbst nicht verwerten. Die Verbindung der Gefühlsebene mit der Vorstellungsebene (Traumbild) ist ein Schritt in Richtung eines kohärenteren Selbsterlebens und muss zunächst vom Analytiker als "Hilfs-Ich" geleistet werden.

Die Träume von Patienten mit einer frühen narzisstischen Störung seien, so Grunert, durch bestimmte Merkmale charakterisiert:

"Die grossen Unterschiede im Stil und Niveau des Traumes lassen jedoch Rückschlüsse auf die Ichentwicklung zu. Frühe Störungen der narzisstischen Integrität führen m.E. zu den oben beschriebenen lapidaren, schmucklosen und einfach strukturierten Träumen, während spätere Beeinträchtigungen der narzisstischen Entwicklung, die auch eine besondere Zuwendung der Mutter keineswegs ausschliessen, zu jenen uns aus der "Traumdeutung" bekannten differenzierten, vielschichtigen und oft humorvollen Träumen führen." (1)

Das Charakteristikum der einfachen Strukturiertheit, der fehlenden Reichhaltigkeit mag vielleicht für die Träume dieser Patienten zutreffen. Diese Betrachtungsweise scheint mir jedoch den Gedanken an ein Werturteil nahe zu legen, das ich für das Verständnis solcher Träume für unangebracht halte.

(1) Grunert, U.: a.a.O. S. 1068

A Der Initialtraum

Der Initialtraum ist der erste Traum im Laufe des Behandlungsbeginns. In der Regel stellt sich der Initialtraum zwischen der Vorbesprechung und der 25. Stunde ein. Tritt der Analytiker im Initialtraum unverhüllt als reale Person auf, so wird dieses Phänomen in der psychoanalytischen Literatur häufig als Warnzeichen gesehen, als ein Hinweis auf eine verfrüht auftretende "erotisierte Uebertragung" und als ein offensichtliches Zeichen für einen heftigen Widerstand gegen die Analyse. Hier werde die Realität benützt, um unbewusste Inhalte abzuwehren. Deshalb besteht zum Teil die Meinung, dass eine Analyse unter diesen Umständen nicht durchführbar sei und der Patient an einen anderen Analytiker überwiesen werden sollte. Hingegen sollen Träume, in denen der Analytiker vorkommt, in den späteren Phasen der Analyse nicht in der gleichen Weise interpretiert werden. In der Endphase der Analyse können Träume, in denen der Analytiker unverstellt als Realperson auftritt, als Versuch des Patienten, mit dem Verlust des Analytikers durch Identifizierung umgehen zu lernen, so wie es Freud in "Trauer und Melancholie" beschrieben hat, angesehen werden.

In einer Arbeit über den Initialtraum stellt Grunert (1) fest, dass Initialträume, in denen der Analytiker als reale Person vorkommt, in der Regel bei Patienten mit präoedipalen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auftreten. Diese Träume liessen nicht das Zustandekommen einer Uebertragung im klassischen Sinn oder eine erotisierte Uebertragung erkennen, obwohl bereits zu Beginn der Behandlung heftige Affekte in Verbindung mit der Person des

(1) Grunert, U.: Der Analytiker im Initialtraum

Analytikers auftreten. Obwohl im Traum figurierend und als reale Person vorkommend, wird der Analytiker im Behandlungsgeschehen oft als Person nicht wahrgenommen.

Von verschiedenen Autoren, so meint Grunert (1) weiter, werde dieses Phänomen als Ausdruck des Wunsches nach Fusion mit dem Primärobjekt, als Streben nach Herstellung eines Ur-Zustandes ohne Störung, mit anderen Worten, nach dem primärnarzisstischen Zustand der Nicht-Unterschiedenheit verstanden und weise auf eine Störung dieser Ursituation hin. Auf jeden Fall seien solche Träume der symbolische Ausdruck für Konflikte in der frühen oralen Entwicklung.

In den von Grunert untersuchten Initialträumen tritt der Analytiker in auffallender Weise entweder als gute, oralversorgende oder als versagende, den Patienten frustrierende Person auf. Vielfach treten im manifesten Traumgeschehen Personen auf, die in störender Weise das Zusammenkommen mit dem Analytiker verhindern.

Folgender Traum, publiziert im Artikel von Grunert (2), wieder spiegelt in eindrücklicher Weise dieses Kreisen der Ängste um die Beziehung zur Mutter und das mangelnde Ur-Vertrauen (Erikson):

"Ich erwachte von einem Traum, der so intensiv von Ihnen handelte, dass ich ihn Ihnen berichten muss. Wir saßen also in ihrem schönen, gemütlichen Zimmer, und 'es' sollte losgehen. Das Zimmer war aber nicht mehr so schön wie in meiner Vorstellung, es sah schrecklich unordentlich aus, alle Möbel standen anders. Sogar die Tontaube hatte ein anderes Gesicht. Unsere Unterhaltung kam auch nicht zustande. Es war da nämlich eine alte Dame, die Sie als Ihre Mutter vorstellten, entschuldigen Sie, aber es war wirklich so, und die störte uns dauernd, indem sie reinkam und irgendetwas suchte. Sie sagten dann immer: einen Augenblick bitte, Sie können gleich weitersprechen. Schliesslich wurde es so fürchterlich, dass ich mich weigerte,

(1) Grunert, U.: Der Analytiker im Initialtraum

(2) Grunert, U.: a.a.O. S. 874

unter diesen Umständen weiter mit Ihnen zu arbeiten. Und da war dann riesengross die Idee: schrecklich, nun hast du wieder gesagt,... eine Sache nicht zu Ende geführt. Ich machte dann, was ich auch in Wirklichkeit mache, wenn ich mit etwas nicht zurechtkomme: ich flüchtete. Ich spüre noch deutlich, wie ich mich in rasender Schnelle durch eine mir schon aus anderen Träumen bekannte Gegend fortbewegte. Sie können sich denken, wie heilfroh ich beim Erwachen war, dass die Wirklichkeit etwas verheissungsvoller aussieht." (1)

Dieser manifeste Trauminhalt wird, vereinfacht wiedergegeben, folgendermassen interpretiert: Die Patientin wird in dem Wunsch, sich mitzuteilen, nicht angenommen, verzweifelt und flieht. Sie flieht in rasender Schnelle durch eine ihr bekannte Traumlandschaft. Die Beziehung kommt nicht zustande. Nur der völlige Rückzug auf das Selbst rettet vor der Verzweiflung.

In der späteren Behandlung befand sich die Patientin in Abwehrstellung gegen die Therapeutin, agierte, indem sie nach Suiziddrohungen von den Stunden wegblieb und zwang die Therapeutin gelegentlich zum Eingreifen.

Stark vereinfacht zusammengefasst, kommt die Autorin aus der Analyse von Initialträumen mit Auftreten des Analytikers als Realperson, zu Folgerungen, aus denen ich einige herausgreife:

- a) Das gemeinsame Problem aller Patienten sind frühe Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung. Bei allen handelt es sich um präödpale, narzisstische Persönlichkeitsstörungen.
- b) Der Patient nimmt von Anfang an in unterschiedlichem Ausmass die Realität des Analytikers nicht wahr.
- c) Im Initialtraum wird das Typische der Beziehung zur Mutter wiedererlebt.

(1) Grunert, U.: a.a.O., S. 875/876

- d) Die Analysen waren alle, mit Ausnahme einer, durchführbar.
- e) Alle diese Patienten bringen starke Forderungen an den Analytiker und "verführen" zu verschiedenen Abwehr- und Gegenübertragungsreaktionen - vom aktiven Helfen-wollen bis zum Abbruch der Behandlung - weil der Patient nicht, wie erwartet, analytisch mitarbeitet.

Die Bedeutung einer starken Verwertung der Gegenübertragung wird von daher deutlich.

Es mag sein, dass hier nicht ein komplexes, farbiges und vielgestaltiges Geschehen wiedergegeben wird, in jedem Fall unterscheiden sich diese Träume meiner Meinung nach aber viel mehr von den Träumen neurotischer Patienten hinsichtlich der Stimmung, die im Traum vorherrscht und den Affekten, die der Traum in der Gegenübertragung des Analytikers hervorruft. Die Stimmungsbilder sind jene der Oede, der Leere und der Einsamkeit, der Verzweiflung und der Bedrohung. Die Integrität des Selbst und des Körpers ist vielfach bedroht (Verletzungsträume) und von aggressiven Komponenten durchsetzt. Abgespaltene Größenphantasien können ohne Zensur in den manifesten Traum gelangen. Immer jedoch spiegelt der Traum die "arme" Beziehungswelt und die Verletzlichkeit des Patienten wider.

B Der Gegenübertragungstraum

Die Tatsache, dass das Zulassen der Gegenübertragung eine Quelle von Schwierigkeiten darstellt, gilt insbesondere für den Gegenübertragungstraum, d. h. den Traum des Analytikers, in dem sein Analysand vorkommt, weil der Analytiker, insbesondere der junge Therapeut, sich dieser intensiven Gefühle in der Beziehung zu seinem Patienten schämt.

Nichtsdestoweniger kann dieses Phänomen, wie die Gegenübertragung im allgemeinen, ein hilfreiches Instrument in der analytischen Arbeit sein. Einmal zeigt das Auftreten des Gegenübertragungstraumes überhaupt erst an, dass eine intensive, emotionale Beziehung zustande gekommen ist. Freuds Traum von "Irmas Injektion" enthält bereits solche Gegenübertragungselemente, auch wenn sie Freud nicht explizit hervorhob. (1)

Vielfach wird eine tiefergehende Analyse solcher Gegenübertragungsträume, die das Verständnis für die Problematik des Patienten und die analytische Beziehung erhellen, nicht unmittelbar, sondern erst nach einer längeren Behandlungszeit möglich. Im Laufe der Behandlung, auch wenn das Sinnverständnis für den Gegenübertragungstraum noch nicht gegeben ist, bleiben diese Träume doch mit grosser Hartnäckigkeit im Gedächtnis des Analytikers und wecken in ihm direkt oder indirekt Assoziationen, die dann jeweils zu einem Teilverständnis der unbewussten Dynamik in der Beziehung zum Patienten anregen. Versäumt es der Analytiker, seine Gegenübertragungsgefühle regelmässig zu analysieren, bzw. befindet er sich z. B. in einer Abwehrposition dem unbewussten

(1) Freud, S.: Die Traumdeutung, G.W. II/III, 1900

Geschehen in der Analyse gegenüber, kann der Gegenübertragungs-
traum sozusagen als rettender Anker ein weiteres Fortschreiten
dieser Abwehrhaltung und die Gefahr des Mitagierens verhindern.
Das Unbewusste des Analytikers klopft über den Umweg des
Traumes an seine Tür und verschafft sich Zugang zu seinem
Bewusstsein. Dies kommt einer Mahnung in Richtung vermehrter
Aufmerksamkeit für das Geschehen in der Uebertragung gleich,
denn letzten Endes sind Uebertragung und Gegenübertragung un-
trennbar miteinander verknüpft. Natürlich können auch im Gegen-
übertragungstraum Elemente einfließen, die mehr mit den persönli-
chen Angelegenheiten des Analytikers und weniger mit dem Patien-
ten zu tun haben, sie sind aber mit einer geübten Selbstanalyse
leicht identifizierbar.

Es ist anzunehmen, dass die eher selten auftretenden Gegenüber-
tragungsträume vorwiegend in der Behandlung von Patienten mit
schweren Persönlichkeitsstörungen auftreten, weil hier - viel mehr
als sonst - archaische Formen von Gefühlsreaktionen im Analytiker
mobilisiert werden.

Vor allem aber treten die Gegenübertragungsträume dann auf,
wenn eine konflikt- und spannungsreiche Situation, d. h. eine
schwierige Phase in der Behandlung gegeben ist.

In einer Arbeit über dieses Phänomen sieht Zwiebel (1) den
Gegenübertragungsbegriff als Ausdruck einer Störung, einer
"Mesalliance" in der Patient-Analytiker-Beziehung und er wider-
spiegelt die befürchtete oder bereits eingetretene "traumatische"
Situation des Analytikers, die der Traum aufnimmt und in

(1) Zwiebel, R.: Zur Dynamik des Gegenübertragungstraumes

wunscherfüllender Weise ungeschehen macht oder zu modifizieren trachtet. Der Analytiker sucht genauso wie der Patient nach Heilung und der Gegenübertragungstraum kann in diesem Sinne als Selbstheilungsversuch angesehen werden, der vor allem die Wiederherstellung der analytischen Kompetenz und die Fähigkeit des Analytikers, den analytischen Rahmen und das Arbeitsbündnis neu zu konstituieren, zum Ziel habe. Dies sei eigentlich nur der Fall in der Behandlung von früh gestörten oder schwer traumatisierten Patienten.

(1) Zwiebel, R.: a.a.O.

6.5 Der Weg aus der Dyade heraus

Gelingt es dem Analytiker, über einen langen Zeitraum hinweg, für den Patienten zur "bewahrenden Umwelt" zu werden und diese Beziehung auch während der Zeit der negativen Uebertragung aufrechtzuerhalten, und ist er in der Lage, dem Patienten seine Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Unwertes in seiner frühen Kindheit im Zusammenhang mit der Uebertragung zu deuten, wird der Patient erstmals fähig, Gefühle der Trauer bei sich zuzulassen. Es kommt nun zum Bedürfnis der Wiedergutmachung gegenüber dem Therapeuten. Der Patient hat die sogenannte depressive Position (M. Klein) (1) erreicht, die nun in der Analyse durchgearbeitet werden muss, weil auch sie nicht ohne Konflikte verläuft.

Im Laufe der Behandlung kommt es schrittweise zu einem wiederholten Prozess der Introjektion von Images des Analytikers, d. h. einer realen, nicht archaischen Person, so dass die Qualität der Vorstellungen vom frühen "primitiven Objekt" immer weniger die Züge eines erbarmungslosen, sadistischen Ueber-Ichs beinhalten und so allmählich verändert werden. In dem Maße, wie dies geschieht, bekommt der Patient mehr Toleranz gegenüber sich selbst, er wird liebevoller mit sich umgehen und auch seine "bösen" Anteile akzeptieren lernen. In den Beziehungen zu den Mitmenschen wird er offener, herzlicher und einheitlicher sein können.

Der Patient nimmt den Analytiker vermehrt als eigenständige Person mit eigenen Gefühlen wahr. Er spürt ihm gegenüber nun

(1) vergl. Kap. II, 3

sowohl Hass wie Liebe, und befürchtet deshalb, ihn "wirklich" zu verletzen. Das im Laufe der Behandlung internalisierte gute "mütterliche Objekt" hilft ihm jetzt, sich selber gegenüber sanfter zu sein und Toleranz für seine Liebe und seinen Hass aufzubringen.

Etwa zur gleichen Zeit entsteht das Bedürfnis, sich aus der Dyade herauszubewegen, sich vom "mütterlichen Objekt" unabhängig zu machen und sich einer dritten Person (in der Kindheit dem Vater) zuzuwenden. Die Autonomiebestrebungen dieser Phase lösen wiederum heftige Ängste der Separation im Zusammenhang mit den verinnerlichten frühen Elternfiguren, aus. Mit der Unterstützung des Therapeuten beginnt der Patient, ein Gefühl der selbstständigen Existenz als selbstverständlich zu empfinden.

Hat der Patient diese Phase in der Behandlung erfolgreich durchgestanden, wird er eventuell die Arbeit mit dem Therapeuten beenden wollen. Sein wesentlichstes Problem ist mit der Durcharbeitung der frühen Störung gelöst. Wünschenswert wäre nun die Entwicklung einer triangulären Uebertragungsbeziehung, wie sie Freud für die Neurosen beschrieben hat, in der die negativen und die positivödipalen Konflikte ebenfalls durchgearbeitet werden könnten.

Der Beginn der Entwicklung einer triangulären Uebertragungsbeziehung erkennt man daran, dass der Vater (der Therapeut oder eine männliche Person in der Aussenwelt) jetzt als Geschlechtswesen (nicht als Muttersubstitut) in die Affekt- und Triebthematik einbezogen wird. Ihr Ziel ist die Erreichung einer genügenden Stabilität hinsichtlich der Geschlechtsidentität. Rivalisierende Gefühle mit gleichgeschlechtlichen Partnern sind in der Folge zu erwarten, begleitet von entsprechenden Ängsten, immer verbunden mit der Gefahr des Rückfalls zu den Abwehrmassnahmen der frühen Entwicklung.

Schluss

In der analytischen Behandlung bestimmter, für die heutige Zeit irgendwie als "typisch" empfundener Patienten, wird eine Erlebniswelt sichtbar, die mit Verletzungen und Mangelerscheinungen aus der frühen Lebensgeschichte des Individuums einhergeht.

Aus dieser Situation ergaben sich tiefgreifende Konsequenzen für die Gestaltung der Behandlungssituation und für die theoretischen Grundkonzepte.

Die Beziehung, die der Patient zum Analytiker herstellt, gleicht in vielem der Struktur der Beziehung zum primären "Objekt". Dabei ist der Patient oft in besonderer Weise verletzbar und kränkbar. Im Laufe der Behandlung kann der Patient langsam erkennen, dass die Grenzen, auf die er beim Analytiker zwangsläufig stösst, die ihn äusserst frustrieren und gegen die sich Widerstände aufbauen, ihm gleichzeitig auch helfen, seine "kompensatorischen Massnahmen" in der Phantasie abzubauen, seine Ansprüche zu modifizieren und realistischere Befriedigungsmöglichkeiten zu suchen. Mit Hilfe des Therapeuten, der hier in besonderer Weise affektiv präsent sein muss, und mit dessen Funktionen sich der Patient im Laufe des analytischen Prozesses identifiziert, kann der Patient seine innere Welt neu erschaffen und ein "neues Objekt" entdecken. Durch die Symbolisierungsfunktionen des Analytikers wird ein neues, drittes Element und ein "intermediärer Raum" (Winnicott) geschaffen. Archaische Bindungen werden abgebaut und neue Seinsformen im Dialog erschlossen. Die psychoanalytische Behandlung ist hier keine supportive Psychotherapie, sondern hat eine immanent konstituierende Funktion. Sukzessiv gelangt der Patient zu einem Gefühl der "subjektiven Subjektivität" (Loch). Er kann den Therapeuten sowohl als einen zu ihm in Beziehung Stehenden als auch als ein getrenntes "Objekt" erkennen und damit neue Beziehungsformen erproben.

Literaturverzeichnis

- Angeler, H.: Die kognitive Organisation psychischen Geschehens, Stuttgart (Klett) 1979.
Ueber psychoanalytische Kompetenz. In: Psyche 28 (1974), S. 1061-1076.
Der Flieger. Eine psychoanalytische Fallstudie, Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1985.
- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Stuttgart (Klett) 1966.
- Bartels, M.: Hermeneutik und Traumdeutung. In: Psyche 2 (1979), S. 97-131.
- Béjarano, A.: Gegenübertragung und Narzissmus. In: Europ. psychoanal. Föderation, Bulletin 12 (1977), S. 5-10.
- Binswanger, L.: Erinnerungen an Freud. Bern (Francke) 1972.
- Chasseguet-Smirgel, J.: Das Ichideal, Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1981.
- Cosnier, J.: Deutung und Gegenübertragung. In: Europ. psychoanal. Föderation, Bulletin 9 (1971), S. 34-44.
- Cremerius, J.: Uebertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit schwerer Ueber-Ich-Störung. In: Psyche 10 (1977), S. 879-896.
- Deutsch, H.: Psychoanalyse der Neurosen, Wien, Int. Psychoanal. Verlag, 1930.
- Eicke-Spengler, M.: Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression. In: Psyche 12 (1977), S. 1079-1125.
- Elsässer, P.: "Wenn sie Dir zu nahe kommen...", Weinheim und Basel (Beltz) 1981.
- Fetscher, R.: Das Selbst und das Ich. In: Psyche 1981, S. 616-641.
- Fließ, R.: Counter-transference and counter-identification. In: Journal of American Psychoanalytic Association 1, S. 268-284.
- Forster, M.-J.: Ansätze zu einer Theorie der symbolischen Repräsentation im Werke Jean Piagets. Lic. Phil. Universität Zürich, 1978.
- Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen, 1936, München (Kindler) 1971.
- Freud, S.: Gesammelte Werke, Frankfurt a.M.
Zur Psychotherapie der Hysterie. G.W. I (1895), S. 252-312.
Studien über Hysterie. G.W. I (1895), S. 75-312.
Die Traumdeutung. G.W. II/III (1900)
Bruchstück einer Hysterieanalyse. G.W. V (1905), S. 161-286.

- Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. G.W. V (1905), S. 27-145.
Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. G.W. VIII (1910), S. 103-115.
Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. G.W. VIII (1912), S. 375-387.
Zwei Kinderlügen. G.W. VIII (1913), S. 422-427.
Zur Einleitung der Behandlung. G.W. VIII (1913) S. 453-478.
Zur Einführung des Narzissmus. G.W. X (1914), S. 138-170.
Das Ich und das Ueber-Ich (Ichideal). G.W. XIII (1920), S. 256-267.
Hemmung, Symptom und Angst. G.W. XIV (1926), S. 111-205.
Fetischismus. G.W. XIV (1927), S. 311-317.
Neue Folge der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. XIV (1933)
Die endliche und die unendliche Analyse. G.W. XVI (1937), S. 57-99.
Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. G.W. XVII (1938), S. 59-62
Abriss der Psychoanalyse. G.W. XVII (1940), S. 63-147
- Fürstenau, P.: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis, Stuttgart (Klett-Cotta) 1979.
- Green, A.: Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. In: Psyche 6 (1975), S. 503-535.
- Grunberger, B.: Vom Narzissmus zum Objekt, Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1976.
- Grunert, U.: Der Analytiker im Initialtraum. In: Psyche 10 (1975), S. 865-889.
Narzisstische Restitutionsversuche im Traum. In: Psyche 12 (1977), S. 1057-1078.
- Heidegger, M.: Sein und Zeit. Tübingen 1979
- Heimann, P.: On countertransference. Int. J. of Psychoanalysis 31 (1950), S. 81-84.
Bemerkungen zur Gegenübertragung. In: Psyche 9 (1964), S. 483-493.
Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers. In: Psyche 23 (1969), S. 2-24.
- Joffe, W.G und Sandler J.: Ueber einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzisstischer Störungen. In: Psyche 1-3 (1967), S. 152-165.
- Kemper, W.: Die Gegenübertragung. In: Psyche 10 (1953), S. 593-626

- Kernberg, O.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus, Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1978.
Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart (Klett-Cotta) 1981.
- Khan, M.: Selbsterfahrung in der Therapie, München (Kindler), 1974.
- Klein, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes, Stuttgart (Klett-Cotta), 1983.
- Kohut, H.: Narzissmus, Frankfurt a.M. (Suhrkamp), 1973.
- Loch, W.: Psychoanalyse und Wahrheit. In: Psyche 10 (1976), S. 865-898.
- Mahler, M.: Symbiose und Individuation, Bd. I: Psychosen im frühen Kindesalter, Stuttgart 1972.
- Menninger, K.: Theorie der psychoanalytischen Technik, Stuttgart (Frommann-Holzboog), 1977.
- Mentzos, S.: Hysterie, München (Kindler), 1980.
- Modell, A.: Die "bewahrende Umwelt" und die therapeutische Funktion der Psychoanalyse. In: Psyche 9 (1981), S. 788-808.
- Moeller, L.: Zur Theorie der Gegenübertragung. In: Psyche 31 (1977), S. 142-166.
- Morgenthaler, F.: Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis, Frankfurt a.M. (Syndikat), 1978.
- Nerenz, K.: Zur Theorie der Gegenübertragung bei Freud. In: Psyche 6 (1985), S. 501-518.
- Neyraut, M.: Die Uebertragung. Eine psychoanalytische Studie, Frankfurt a.M. (Suhrkamp), 1976.
- Odgen, T.: On projective Identification. In: Int. Journal of Psychoanalysis 60 (1979), S. 357-373.
- Ovid: Metamorphosen, Stuttgart (Reclam), 1982.
- Racker, H.: Uebertragung und Gegenübertragung, München (Reinhardt), 1978.
- Rosenfeld, B.: Psychopathologie und psychoanalytische Behandlung einiger Borderline-Patienten. In: Psyche 4 (1981), S. 338-352.
- Sandler, J.: Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. In: Psyche 4 (1976), S. 297-305.
Zum Verhältnis von Therapie und Theorie in der Psychoanalyse. In: Psyche 7 (1983), S. 577-595.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A.: Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, Stuttgart (Klett), 1973.
- Schelling, W.A.: Sprache, Bedeutung und Wunsch, Beiträge zur psychologischen Hermeneutik, Berlin 1978.
Lebensgeschichte und Dialog in der Psychotherapie, Göttingen 1985.
- Schmid, H.: Das psychologische Verstehen und seine Grundformen. Phil. Diss. Universität Zürich, 1976.
- Spitz, R.: Vom Säugling zum Kleinkind, Stuttgart (Klett), 1974.
- Stone, L.: Die psychoanalytische Situation. Frankfurt a.M. (Fischer) 1973.

- Von Uslar, D.: Die Wirklichkeit des Psychischen. Stuttgart (Neske), 1969.
- Wälder, R.: Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Bemerkungen zur Ueberdeterminierung. In: Int. Zeitschrift für Psychoanalyse 16 (1936), S. 285-300.
- Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, München (Kindler), 1976.
Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, München (Kindler), 1976.
Bruchstück einer Psychoanalyse, Stuttgart (Klett-Cotta), 1982
- Zwiebel, R.: Zur Dynamik des Gegenübertragungstraumes. In: Psyche 3 (1984), S. 193-213.

Lebenslauf

Ich wurde 1946 als Tochter von Kurt Augustin und Luise Augustin-Decker in Luxemburg geboren. Nach der Primarschule besuchte ich das Gymnasium in Luxemburg. Im Sommer 1966 legte ich die Matur in Luxemburg ab. Im Wintersemester 1971 nahm ich an der Universität Zürich das Studium der klinischen und theoretischen Psychologie, der Psychopathologie und der Sozialpsychologie auf. 1978 schloss ich mein Studium mit dem Lizentiat, 1986 mit dem Doktorat ab. Seit 1978 arbeite ich als Psychoanalytikerin in eigener Praxis. Meine berufsbegleitende Ausbildung bestand aus Lehranalyse, Supervision und Seminarien bei der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse und Veranstaltungen des Psychoanalytischen Seminars in Zürich.

